



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

PEDRO MARQUES SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME


CNPJ: 15.009.524/0001-10

COMP: 04/2018 PERÍODO: 11/03/18 A 10/04/18

DR. JOÃO ENEAS CONFORTI

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---------------------------------------|------|--------------|----------------------------|
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Plantão Ambulância UTI | 12 | R\$ 1.000,00 | R\$ 12.000,00 |
| Transferência Ambulância UTI | 2 | R\$ 500,00 | R\$ 1.000,00 |
| TOTAL BRUTO | | | R\$ 13.000,00 |
| COFINS 3,00% | | | R\$ 390,00 |
| PIS 0,65% | | | R\$ 84,50 |
| CSLL 1,00% | | | R\$ 130,00 |
| IRRF 1,50% | | | R\$ 195,00 |
| | | | IMPOSTOS R\$ 799,50 |
| LÍQUIDO | | | R\$ 12.200,50 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | |
|---|---|--|---------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 188 | |
| Data e Hora da Emissão | 09/05/2018 09:12:39 | Competência | 9/5/2018 | Código de Verificação | 352152644 | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | RIO CLARO - SP | | |
| Dados do Prestador de Serviços | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | PEDRO MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA - ME | | | | | |
| Nome Fantasia | | PEDRO MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA | | | | | |
| CNPJ/CPF | 15.009.524/0001-10 | Inscrição Municipal | 44810 | Município | RIO CLARO - SP | | |
| Endereço e Cep | RUA 4,727 - JARDIM DONÂNGELA CEP: 13500-030 | | | | | | |
| Complemento: | SALA 7 | Telefone: | (19)3534-6006 | e-mail: | pedro_eduardo_marques@hotmail.com | | |
| Dados do Tomador de Serviços | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | |
| Endereço e CEP | RUA PADRE BRONISLAU CHERECK ,15 - CENTRO CEP: 11630-000 | | | | | | |
| Complemento: | | Telefone: | | e-mail: | notafiscal@marchioni.srv.br | | |
| Discriminação dos Serviços | | | | | | | |
| §§ SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO DA EMPRESA | | | | | | | |
| Valor Aproximados dos Tributos - Lei 12.741 - alíquota: 11,33% Federal 2,00% Municipal. | | | | | | | |
| Lei - 13.137/2015 - Retenção de PIS COFINS CSLL (CSRF) | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | |
| 4.03 / 100403 - HOSP.CLINICAS,LAB.,SANAT. E CONGENERES | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | |
| Tributos Federais | | | | | | | |
| PIS | 84,50 | COFINS | 390,00 | IR(R\$) | 195,00 | INSS(R\$) | |
| | | | | | | CSLL(R\$) | 130,00 |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | Outras Retenções | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | |
| Valor dos Serviços R\$ | 13.000,00 | Natureza Operação | | Valor dos Serviços R\$ | 13.000,00 | | |
| (-) Desconto Incondicionado | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções permitidas em lei | | | |
| (-) Desconto Condicionado | | Regime especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | | | |
| (-) Retenções Federais | 799,50 | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 13.000,00 | | |
| Outras Retenções | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 2,00 | | |
| (-) ISS Retido | 0,00 | 2 - Não | | ISS a reter: | () Sim (X) Não | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 12.200,50 | Incentivador Cultura | | (=) Valor do ISS: R\$ | 260,00 | | |
| | | 2-Não | | | | | |
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, RIOCLARO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. | | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 4694 / 108444-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MINAMIHARA E MINAMIHARA LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 23.204.370/0001-46 |
| Valor: | R\$ 13.258,70 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MINAMIHARA E MINAMIHARA |
| Histórico: | NF 00074 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 09/05/2018 - 11:36:00 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00141633 |
| Chave de segurança: | 8FCELXV3G42V4T35 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME

CNPJ: 23.204.370/0001-46

COMP: 04/2018

PERÍODO: 11/03/18 A 10/04/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|----------------------|------|-------|---------------|
| DR. ALEXANDRE YUZO | | | R\$ - |
| CONTRATO PSIQUIATRIA | | | R\$ 14.127,55 |
| | | | |
| | | | |

TOTAL BRUTO R\$ 14.127,55

IMPOSTOS R\$ 868,84

COFINS 3,00% R\$ 423,83

PIS 0,65% R\$ 91,83

CSLL 1,00% R\$ 141,28

IRRF 1,50% R\$ 211,91

LÍQUIDO R\$ 13.258,71

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA
00074

DATA DA EMISSÃO
09-05-2018 10:59:37
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
2422688B2

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME
ENDEREÇO:
JOSE BONIFACIO, 411 - AGUA BRANCA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
23.204.370/0001-46
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 9961-82793

INSC.MUNICIPAL:
08787
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
luizfhm@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:
() SIM (x) NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

DR ALEXANDRE : CONTRATO PSIQUIATRIA

COFINS 3,00% R\$ 423,83
PIS 0,65% R\$ 91,83
CSLL 1.00% R\$ 141,28
IRRF 1,50% R\$ 211,91

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 14.127,55 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 91,83 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 14.127,55 |
| COFINS..... R\$ 423,83 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 211,91 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 868,85 |
| CSLL..... R\$ 141,28 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 282,55 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 13.258,70 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇOS CONFORME CONVENIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 4694 / 108444-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MINAMIHARA E MINAMIHARA LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 23.204.370/0001-46 |
| Valor: | R\$ 25.808,75 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MINAMIHARA E MINAMIHARA |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 09/05/2018 - 11:37:07 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00141821 |
| Chave de segurança: | EE9UV11U7E1RE52J |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME

CNPJ: 23.204.370/0001-46

COMP: 04/2018

PERÍODO: 11/03/18 A 10/04/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---------------------|------|--------------|---------------|
| DR. LUIZ FERNANDO | | | |
| CONTRATO NEFROLOGIA | | | R\$ 20.000,00 |
| PLANTÃO UTI | 5 | R\$ 1.500,00 | R\$ 7.500,00 |
| HORA PLANTÃO UTI | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| | | | |
| | | | |

TOTAL BRUTO R\$ 27.500,00

IMPOSTOS R\$ 1.691,25

COFINS 3,00% R\$ 825,00

PIS 0,65% R\$ 178,75

CSLL 1,00% R\$ 275,00

IRRF 1,50% R\$ 412,50

LÍQUIDO R\$ 25.808,75

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA
00075

DATA DA EMISSÃO
09-05-2018 11:05:02
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
890235488

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
MINAMIHARA & MINAMIHARA LTDA ME
ENDEREÇO:
JOSE BONIFACIO, 411 - AGUA BRANCA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
23.204.370/0001-46
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 9961-82793

INSC.MUNICIPAL:
08787
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
luizfhm@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:
() SIM (x) NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

DR LUIZ FERNANDO
CONTRATO NEFROLOGIA = R\$ 20.000,00

PLANTÃO UTEI 5 = R\$7500,00
HORA PLANTÃO = R\$125,00

COFINS 3,00% R\$ 825,00
PIS 0,65% R\$ 178,75
CSLL 1,00% R\$ 275,00
IRRF 1,50% R\$ 412,50

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 27.500,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 178,75 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 27.500,00 |
| COFINS..... R\$ 825,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 412,50 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 1.691,25 |
| CSLL..... R\$ 275,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 550,00 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 25.808,75 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PRESTADOR DE SERVIÇOS CONFORME CONVENIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.ilbr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1613 / 1504-0 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CORDISMED CLINICA GERAL E CARDIOLOGIA LT |
| CPF/CNPJ: | 18.657.707/0001-30 |
| Valor: | R\$ 12.976,16 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CORDISMED DR AUGUSTO |
| Histórico: | NF 270 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 10:31:20 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00128848 |
| Chave de segurança: | L6MYW7VV2HPK3672 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CORDISMED CLÍNICA GERAL E CARDIOLOGIA LTDA - EPP

CNPJ: 18.657.707/0001-30

COMP: 04/2018

PERÍODO: 11/03/18 A 10/04/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 12 | R\$ 93,63 | R\$ 1.123,50 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | 36 | R\$ 125,00 | R\$ 4.500,00 |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 48 | R\$ 117,08 | R\$ 5.620,00 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 369 | R\$ 7,00 | R\$ 2.583,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 13.826,50

IMPOSTOS R\$ 850,33

COFINS 3,00% R\$ 414,80


PIS 0,65% R\$ 89,87

CSLL 1,00% R\$ 138,27

IRRF 1,50% R\$ 207,40

LÍQUIDO R\$ 12.976,17

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------------------------|-----------------------|--|------------------------|--|------------|--------|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE UBATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 270 | | | |
| Data e Hora da Emissão | 11/05/2018 09:52:33 | Competência | 11/5/2018 | Código de Verificação | 300532645 | | | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | UBATUBA - SP | | | | |
| Prestador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | CORDISMED CLINICA GERAL CARDIOLOGISTA LTDA-EPP | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 18.657.707/0001-30 | Inscrição Municipal | 11233036 | Município | UBATUBA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | . CUNHAMBEBE ,696 - CENTRO CEP: 11680-000 | | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | 3833-7604 | e-mail | luizfelipe.fiscal@modulocontabilidade.com.br | | | | |
| Tomador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | Rua Pe. Bronislaru Cherech ,15 - Centro CEP: 11630-000 | | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | | e-mail | | | | | |
| Discriminação do Serviço | | | | | | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS DR. AUGUSTO | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | |
| 4.03 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS | | | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | |
| PIS (R\$) | 89,87 | COFINS (R\$) | 414,80 | IR (R\$) | 138,27 | INSS (R\$) | | CSLL (R\$) | 207,40 |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço | | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | | |
| Valor do Serviço R\$ | 13.826,50 | | Natureza Operação | | Valor do Serviço R\$ | 13.826,50 | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00 | | | |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | | Regime Especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | | |
| (-) Retenções Federais | 850,34 | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 13.826,50 | | | |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 0,00 | | | |
| (-) ISSQN Retido | 0,00 | | 2 - Não | | ISSQN a Reter | () Sim (X) Não | | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 12.976,16 | | Incentivador Cultural | | (=) Valor do ISSQN R\$ | 0,00 | | | |
| | | | 2-Não | | | | | | |
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://UBATUBA.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. | | | | | | | | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | |

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1740 / 31990-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MATEZ SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 12.272.034/0001-14 |
| Valor: | R\$ 5.103,56 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MATEZ SERVICOS MEDICOS |
| Histórico: | NF 380 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 15/05/2018 - 11:24:45 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00143407 |
| Chave de segurança: | KRWR2V3SG80JTSFX |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MATEZ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 12.272.034/0001-14

COMP: 04/2018

PERÍODO: 11/03/18 A 10/04/18

DR. JOSÉ PEDRO DE A. RUSSO

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 93,63 | R\$ - |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | 3 | R\$ 1.500,00 | R\$ 4.500,00 |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 134 | R\$ 7,00 | R\$ 938,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 5.438,00**IMPOSTOS R\$ 334,44**

COFINS 3,00% R\$ 163,14

PIS 0,65% R\$ 35,35

CSLL 1,00% R\$ 54,38

IRRF 1,50% R\$ 81,57

LÍQUIDO R\$ 5.103,56

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------|-----------------|
|  PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e <small>20180515u10405463820</small> | Número da Nota 00000380 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 15/05/2018 11:05:42 Código de Verificação 86XC-E9CE | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 12.272.034/0001-14 Nome/Razão Social: MATEZ SERVIÇOS MEDICOS LTDA Endereço: R PEDROSO ALVARENGA 01101, AP 114 - ITAIM BIBI - CEP: 04531-012 Município: São Paulo | Inscrição Municipal: 4.594.446-6 UF: SP | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇOSANTA CASA DE MISERICORDIA DE IL CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 Endereço: RUA BRONISLAU CHERECK 15 - CENTRO - CEP: 11630-000 Município: Ilhabela | | | | |
| Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: COMPRAS@SANTACASAILABELA.ORG.BR | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ---- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| serviços medicos prestdos pelo Dr. Joao Pedro valor liquido R\$ 5.103,56 | | | | |
| VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.438,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 81,57 | 54,38 | 163,14 | 35,35 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 5.438,00 | 2,00% | 108,76 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | |
| - | - | R\$ 731,41 (13,45%) / IBPT | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2018; | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 1631 / 13000054-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ARGUELLO E NAVARRO ASSISTENCIA PEDIATRIC |
| CPF/CNPJ: | 09.172.760/0001-50 |
| Valor: | R\$ 11.731,25 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | ARGUELLO E NAVARRO |
| Histórico: | NF 282 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 16:47:19 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00118629 |
| Chave de segurança: | RECWRVUP766H0QR2 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

ARGUELLO E NAVARRO ASSISTENCIA PEDIATRICA LTDA

CNPJ: 09.172.760/0001-50

COMP: 05/2018

DR. MARIO EDUARDO F. ARGUELLO

CRM: 98119

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---|------|------------|---------------|
| Coordenação Pediatria (HOSPITAL) | | | R\$ 12.500,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | | R\$ 7,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 12.500,00

COFINS 3,00% R\$ 375,00

PIS 0,65% R\$ 81,25

CSLL 1,00% R\$ 125,00

IRRF 1,50% R\$ 187,50

IMPOSTOS R\$ 768,75

LÍQUIDO R\$ 11.731,25

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE COTIA
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Código de Verificação
2627002VDQ

Nº Nota: 282

Rps:

Data de Emissão
30/MAI/2018Competência
5/2018**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social/Nome: ARGUELLO E NAVARRO ASSISTENCIA PEDIATRICA LTDA
 CNPJ/CPF: 09.172.760/0001-50 Inscrição Municipal: 1668799 Inscrição Estadual:
 Endereço: RUA NUARUAQUES, 33 CEP: 06.720-430
 Complemento: Não Informado Bairro: JD. SANTA PAULA
 Município: COTIA UF: SP País: BRASIL
 E-mail: contato@jcpcontabil.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38 Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
 Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 CEP: 11.630-000
 Complemento: Não Informado Bairro: CENTRO
 Município: ILHA BELA UF: SP País: BRASIL
 E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Coordenação da Equipe de Pediatria e Educação Continuada do Hospital Mario Covas Jr o mês de MAIO/2018

Pagamento autorizado a prestador de Serviços Conforme convenio autorizada pela lei. 056/2001

DADOS BANCARIOS
 BANCO SANTANDER
 AGÊNCIA: 1631
 CONTA CORRENTE: 13-000054-2
 ARGUELLO E NAVARRO ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA LTDA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.500,00**

Local de Prestação do Serviço: COTIA - SP

Código do Serviço:

CNAE: 8630503 - Serviço: 403 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Vlr INSS Retido (R\$) | Vlr IRRF Retido (R\$) | Vlr CSLL Retido (R\$) | Vlr PIS Retido (R\$) | Vlr COFINS Retido (R\$) | Vlr Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 187,50 | 125,00 | 81,25 | 375,00 | 0,00 |
| Base de Cálculo do ISS (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Líquido da Nota (R\$) | | |
| 0,00 | 2,00 | 0,00 | 11.731,25 | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Retenção de ISS não permitida.
 Empresa do regime tributário FIXO ANUAL.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

A autenticação desta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Cotia na Internet, no Endereço:
<http://cotia.sp.gov.br/> clique no link **NF-e**
 RECEBEMOS DO(A) ARGUELLO E NAVARRO ASSISTENCIA PEDIATRICA LTDA OS
 SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação:

2627002VDQ

Número da Nota:

282

Local

Data

Assinatura

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 1631 / 1300055-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | SASSI SERVICO DE ASSISTENCIA INFANTIL LT |
| CPF/CNPJ: | 11.495.576/0001-93 |
| Valor: | R\$ 11.731,25 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | SASSI SERVICO DE ASSISTEN |
| Histórico: | NF 353 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 16:48:02 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00118813 |
| Chave de segurança: | FMT0R99ZR491YRKX |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

SASSI SERVIÇO DE ASSISTENCIA INFANTIL LTDA

CNPJ: 11.495.576/0001-93

COMP: 05/2018

DRA. FLAVIA CRISTINA NAVARRO

CRM: 104675

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---|------|--------------|---------------|
| Coordenação Pediatria (ATENÇÃO BÁSICA) | | | R\$ 12.500,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | | R\$ 7,00 | R\$ - |
| Sala de Parto | | R\$ 66,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 12.500,00

IMPOSTOS R\$ 768,75

COFINS 3,00% R\$ 375,00

PIS 0,65% R\$ 81,25

CSLL 1,00% R\$ 125,00

IRRF 1,50% R\$ 187,50

LÍQUIDO R\$ 11.731,25

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Página 669 de 1264
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE COTIA
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Código de Verificação
2627057IDP

Nº Nota: 353

Rps:

Data de Emissão
30/MAI/2018

Competência
5/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **SASSI SERVIÇO DE ASSISTENCIA INFANTIL LTDA**
CNPJ/CPF: **11.495.576/0001-93** Inscrição Municipal: **6000819** Inscrição Estadual:
Endereço: **RUA NUARUAQUES, 150** CEP: **06.720-430**
Complemento: **SALA B** Bairro: **JD. SANTA PAULA**
Município: **COTIA** UF: **SP** País: **BRASIL**
E-mail: **contato@jcpcontabil.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHA BELA**
CNPJ/CPF: **50.320.605/0001-38** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Endereço: **RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15** CEP: **11.630-000**
Complemento: **Não Informado** Bairro: **CENTRO**
Município: **ILHA BELA** UF: **SP** País: **BRASIL**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Coordenação da Equipe de Pediatria E Educação Continuada das UBS referente ao mês de MAIO/2018.

Pagamento autorizado a prestador de Serviços Conforme convenio autorizada pela lei. 056/2001

DADOS BANCARIOS
BANCO SANTANDER
AGÊNCIA: 1631
CONTA CORRENTE: 13-00055-9
SASSI SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA INFANTIL LTDA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 12.500,00

Local de Prestação do Serviço: **COTIA - SP**

Código do Serviço:

CNAE: 8630503 - Serviço: 403 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

| Vir INSS Retido (R\$) | Vir IRRF Retido (R\$) | Vir CSLL Retido (R\$) | Vir PIS Retido (R\$) | Vir COFINS Retido (R\$) | Vir Outras Retenções (R\$) |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 0,00 | 187,50 | 125,00 | 81,25 | 375,00 | 0,00 |
| Base de Cálculo do ISS (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Líquido da Nota (R\$) | | |
| 0,00 | 2,00 | 0,00 | 11.731,25 | | |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Retenção de ISS não permitida.
Empresa do regime tributário FIXO ANUAL.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

A autenticação desta Nota Fiscal de Serviço Eletrônica poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Cotia na Internet, no Endereço:
<http://cotia.sp.gov.br/> clique no link **NF-e**
RECEBEMOS DO(A) SASSI SERVIÇO DE ASSISTENCIA INFANTIL LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação:

2627057IDP

Número da Nota:

353

Local

Data

Assinatura

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 2208 / 13000762-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CRESCERE SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 11.873.369/0001-25 |
| Valor: | R\$ 9.128,79 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CRESCERE SERVICOS MEDICOS |
| Histórico: | NF 1938 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:15:22 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00128763 |
| Chave de segurança: | 7WYJ55277JWJJE30 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CRESCERE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
 CNPJ: 11.873.369/0001-25

| | |
|---------------|------------------------------|
| COMP: 05/2018 | PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18 |
|---------------|------------------------------|

DRA. CARLA PACHECO


| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|--------------|
| HORAS PSF | 12 | R\$ 125,00 | R\$ 1.500,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | 24 | R\$ 125,00 | R\$ 3.000,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | 30 | R\$ 150,00 | R\$ 4.500,00 |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 85 | R\$ 7,00 | R\$ 595,00 |
| Sala de Parto | 2 | R\$ 66,00 | R\$ 132,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 9.727,00
 IMPOSTOS R\$ 598,21

COFINS 3,00% R\$ 291,81
 PIS 0,65% R\$ 63,23
 CSLL 1,00% R\$ 97,27
 IRRF 1,50% R\$ 145,91

| | |
|----------------|---------------------|
| LÍQUIDO | R\$ 9.128,79 |
|----------------|---------------------|

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------|-----------------|
|  PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20180529011873369000125 | Número da Nota 00001938 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 29/05/2018 17:01:33 Código de Verificação SAHA-RKDP | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 11.873.369/0001-25 Nome/Razão Social: CRESCERE SERVICOS MEDICOS LTDA Endereço: R DR GUILHERME BANNITZ 00126 - VILA OLIMPIA - CEP: 04532-060 Município: São Paulo | Inscrição Municipal: 4.066.676-0 UF: SP | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 Endereço: Rua padre Bronislau Chereck 15 - CENTRO - CEP: 11630-000 Município: Ilhabela | | | | |
| Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: financeiro@santacasailhabela.org.br | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ---- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS FONTE IBPT FEDERAL 13,45%= 1.308,28 MUNICIPAL 3,25% 316,12 | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.727,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 145,91 | 97,27 | 291,81 | 63,23 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 9.727,00 | 2,00% | 194,54 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | |
| - | - | R\$ 1.624,40 (16,70%) | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2018; | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 225 / 13414-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | M C GOMES SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 28.721.245/0001-27 |
| Valor: | R\$ 6.326,42 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | M C GOMES SERVICOS MEDICO |
| Histórico: | NF 009 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:16:09 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00128929 |
| Chave de segurança: | FQ5GR8P3EUJXZ13X |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

M C GOMES SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 28.721.245/0001-27

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. MARCELA DA CUNHA GOMES

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-----------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 72 | R\$ 93,63 | R\$ 6.741,00 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 6.741,00**IMPOSTOS R\$ 414,57**


COFINS 3,00% R\$ 202,23

PIS 0,65% R\$ 43,82

CSLL 1,00% R\$ 67,41

IRRF 1,50% R\$ 101,12

LÍQUIDO R\$ 6.326,43INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------|--|--|--|-----------|--|-------|--|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 9 | | | | | | | | | | | | | |
| Data e Hora da Emissão | | 30/05/2018 10:02:02 | | Competência | | 30/5/2018 | | Código de Verificação | | 328287814 | | | | | | | | | |
| Número do RPS | | | | No. da NFS-e substituída | | | | Local da Prestação | | ILHABELA - SP | | | | | | | | | |
| Dados do Prestador de Serviços | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | M C GOMES SERVIÇOS MEDICOS LTDA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | | 28.721.245/0001-27 | | Inscrição Municipal | | 338110 | | Município | | SAO JOSE DOS CAMPOS - SP | | | | | | | | | |
| Endereço e Cep | | AVENIDA HEITOR VILLA LOBOS ,805 - VILA EMA CEP: 12243-260 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Complemento: | | APTO 113 | | Telefone: | | (12)9167-2660 | | e-mail: | | marcela_gcmmcg@hotmail.,com | | | | | | | | | |
| Dados do Tomador de Serviços | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | | 50.320.605/0001-38 | | Inscrição Municipal | | | | Município | | ILHABELA - SP | | | | | | | | | |
| Endereço e CEP | | R PADRE BRONISLAU CHERECK ,15 - CENTRO CEP: 11630-000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Complemento: | | | | Telefone: | | (12)3896-5766 | | e-mail: | | financeiro@santacasailhabela.org.br | | | | | | | | | |
| Discriminação dos Serviços | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade médica ambulatorial. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.01 / 20401007 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Detalhamento Especifico da Construção Civil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | | | | Código ART | | | | | | | | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PIS | | 43,82 | | COFINS | | 202,23 | | IR(R\$) | | 101,12 | | INSS(R\$) | | | | CSLL(R\$) | | 67,41 | |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | | | | | Outras Retenções | | | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | | | | | | | |
| Valor dos Serviços R\$ | | 6.741,00 | | | | Natureza Operação | | | | Valor dos Serviços R\$ | | 6.741,00 | | | | | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | | | | | | 2-Tributação fora do município | | | | (-) Deduções permitidas em lei | | | | | | | | | |
| (-) Desconto Condicionado | | | | | | Regime especial Tributação | | | | (-) Desconto Incondicionado | | | | | | | | | |
| (-) Retenções Federais | | 414,58 | | | | 0-Nenhum | | | | Base de Cálculo | | 6.741,00 | | | | | | | |
| Outras Retenções | | | | | | Opção Simples Nacional | | | | (x) Alíquota % | | 2,00 | | | | | | | |
| (-) ISS Retido | | | | | | 2 - Não | | | | ISS a reter: | | () Sim (X) Não | | | | | | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | | 6.326,42 | | | | Incentivador Cultura | | | | (-) Valor do ISS: R\$ | | 134,82 | | | | | | | |
| | | | | | | 2-Não | | | | | | | | | | | | | |
| Avisos | | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, sjc.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Concorra a prêmios de R\$ 300.000,00 por ano. Cadastre-se no site da Prefeitura, e sempre que contratar um serviço, peça a Nota Fiscal Joseense e informe o seu CPF. Mais informações no site da Prefeitura: www.sjc.sp.gov.br | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 002038232 |
| Conta destino: | 5052 / 6393-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | D AVILA MEDEIROS EIRELI |
| CPF/CNPJ: | 18.256.259/0001-63 |
| Valor: | R\$ 6.812,57 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | D AVILA MEDEIROS EIRELI |
| Histórico: | NF 0090 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:16:49 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Código da operação: | 00129086 |
| Chave de segurança: | 6MERE CXNW2VKZN7W |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

D AVILA MEDEIROS EIRELI

CNPJ: 18.256.259/0001-63

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. SIMONE D'AVILA MEDEIROS

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|--------------|
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | 36 | R\$ 125,00 | R\$ 4.500,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | 12 | R\$ 150,00 | R\$ 1.800,00 |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 137 | R\$ 7,00 | R\$ 959,00 |
| Sala de Parto | | R\$ 66,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 7.259,00

IMPOSTOS R\$ 446,43

COFINS 3,00% R\$ 217,77

PISS 0,65% R\$ 47,18

CSLL 1,00% R\$ 72,59

IRRF 1,50% R\$ 108,89

LÍQUIDO R\$ 6.812,57

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---------------------------------|
|  | PREFEITURA DA EST.BAL.DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | |  | |
| | Data de Emissão 29/05/2018 09:59:24 | Número da Nota 000090 | | Incentivo Fiscal Não Optante |
| | Código de autenticação da NFS-e: b83unj0t1zc4ws | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|---|---|
| CPF/CNPJ.: 18256259000163 Razão Social/Nome: D AVILA MEDEIROS EIRELI Endereço: SAO JOSE DOS CAMPOS Complemento: Município: CARAGUATATUBA | Inscr./Munic.: 000020178 Nº 335 Bairro: SUMARE U.F.: SP CEP.: 11661030 Tel.: |
|---|---|

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|---|
| Documento: 50.320.605/0001-38 Inscr./Estadual: Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Bairro: CENTRO CEP.: 11.630-000 E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br | Número: 15 Complemento: Cidade: ILHABELA / SP País: BRASIL |
|---|---|

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| | |
|---|---|
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Bairro: CENTRO CEP: 11.630-000 | Número: 15 Complemento: Cidade: ILHABELA / SP País: BRASIL |
|---|---|

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Médicos prestados pela Dra Simone D'avila Medeiros, referente ao período de 11/04/2018 à 10/05/2018).Competência 05/2018
 DESCONTO CONFORME LEI 13.137/2015 4,65% R\$ 337,54
 RETENÇÃO IRRF 1,5% R\$ 108,89

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Atividade: 400 - Serviços de saúde, assistência médica e congêneres.

Alíquota da Atividade: 2,00%

Valor Bruto da Nota: R\$ 7.259,00

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido |
|------------------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|---------------------------|---------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 108,89 | R\$ 72,59 | R\$ 217,77 | R\$ 47,18 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 7.259,00 | R\$ 145,18 | R\$ 6.812,57 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaraguatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICÍPIO

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 715 / 42560-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DANIEL TAKASHI SAKANE ME |
| CPF/CNPJ: | 21.246.007/0001-68 |
| Valor: | R\$ 11.789,66 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DANIEL TAKASHI SAKANE ME |
| Histórico: | NF 00035 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:17:41 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00129291 |
| Chave de segurança: | NYS4FJSFZU0YSCEV |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

DANIEL TAKASHI SAKANE - ME

CNPJ: 21.246.007/0001-68

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. DANIEL TAKASHI

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|------------|--------------|
| AIH | | | R\$ 64,40 |
| Ambulatório (hora) | 42 | R\$ 55,05 | R\$ 2.312,10 |
| Cobertura a Distância / HORA | 130 | R\$ 31,21 | R\$ 4.057,30 |
| Cobertura Presencial / HORA | 56 | R\$ 93,63 | R\$ 5.243,28 |
| Produção (por ficha de atendimento) | 6 | R\$ 7,00 | R\$ 42,00 |
| Visita | 5 | R\$ 168,63 | R\$ 843,15 |

TOTAL BRUTO R\$ 12.562,23

IMPOSTOS R\$ 772,58

COFINS 3,00% R\$ 376,87

PIS 0,65% R\$ 81,65

CSLL 1,00% R\$ 125,62

IRRF 1,50% R\$ 188,43

LÍQUIDO R\$ 11.789,65

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**


MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
NÚMERO DA NOTA
00035
DATA DA EMISSÃO

29/05/2018 10:14:30

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

375842425



| | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|---------------------|
| SÉRIE: NFS-e | COMPETÊNCIA: 29/05/2018 | LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP | NFS SUBSTITUÍDA: - | N. RPS: 0 |
|------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|---------------------|

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

DANIEL TAKASHI SAKANE - ME

ENDEREÇO:

RUA JOÃO TARORA, 51 - PONTAL DA CRUZ

COMPLEMENTO:

BLOCO B6/EDIF.CORVINA

CPF/CNPJ:

21.246.007/0001-68

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(11) 9967-61487

INSC.MUNICIPAL:

21930

CEP:

11.606-169

E-MAIL:

dtsakane@yahoo.com.br

SIMPLES NACIONAL:

() SIM (x) NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO
NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BROSNILAU CHERECK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:
MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5766

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

financeiro@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO
8630-5/03-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELO DR. DANIEL T SAKANE NO PERÍODO DE 11/04/18 A 10/05/18.

AIH - VALOR BRUTO R\$ 64,40

AMBULATORIO (HORA) - QUANT. 42- VLR.UNIT. 55,05 - VALOR BRUTO R\$ 2.312,10

COBERTURA A DISTÂNCIA/HORA - QUANT.130- VLR.UNIT.R\$ 31,21 - VALOR BRUTO R\$ 4.057,30

COBERTURA PRESENCIAL/HORA - QUANT. 56 -VLR.UNIT.R\$ 93,63 - VALOR BRUTO R\$ 5.243,28

PRODUÇÃO (POR FICHA DE ATENDIMENTO) - QUANT. - 6 VLR.UNIT.R\$ 7,00 - VALOR BRUTO R\$ 42,00

VISITA - QUANT. 5 - VLR.UNIT. R\$ 168,63 - VALOR BRUTO R\$ 843,15

VALOR BRUTO TOTAL R\$ 12.562,23

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017
DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES / DESCONTOS | | VALOR DO SERVIÇO..... | |
|-------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------|----------------------|
| PIS..... | R\$ 81,65 | Alíquota do ISS | 3,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 12.562,23 |
| COFINS..... | R\$ 376,87 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 188,43 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 772,57 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 376,87 |
| CSLL..... | R\$ 125,62 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 11.789,66 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos Tributos R\$ 1.974,78 (15,72%), conforme Lei 12741/2012 - Fonte: IBPT.

OUTRAS INFORMAÇÕES


- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 530 / 13003154-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | R R MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA ME |
| CPF/CNPJ: | 23.348.130/0001-15 |
| Valor: | R\$ 24.770,38 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | R R MAIER CIRURGICA ORTOP |
| Histórico: | NF 0088 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:20:36 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00129982 |
| Chave de segurança: | Q582WAHTWNCP2Q7E |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

R.R. MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA - ME

CNPJ: 23.348.130/0001-15

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. RONALD MAIER

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------------|-----------------|----------------------|
| AIH (Conforme Tabela SUS) | | | R\$ 2.026,70 |
| Artroscopia | 13 | R\$ 240,00 | R\$ 3.120,00 |
| Ambulatório (hora) | 48 | R\$ 55,05 | R\$ 2.642,40 |
| Cobertura a Distância / HORA | 236 | R\$ 31,21 | R\$ 7.365,56 |
| Cobertura Presencial / HORA | 100 | R\$ 93,63 | R\$ 9.363,00 |
| Produção (por ficha de atendimento) | 3 | R\$ 7,00 | R\$ 21,00 |
| Visita | 11 | R\$ 168,63 | R\$ 1.854,93 |
| TOTAL BRUTO | | | R\$ 26.393,59 |
| COFINS 3,00% | R\$ 791,81 | IMPOSTOS | R\$ 1.623,21 |
| PIS 0,65% | R\$ 171,56 | | |
| CSSL 1,00% | R\$ 263,94 | | |
| IRRF 1,50% | R\$ 395,90 | | |
| LÍQUIDO | | | R\$ 24.770,38 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA

00088

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 10:51:44

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

318C3184

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: R.R. MAIER CIRURGIA ORTOPEDICA - ME
ENDEREÇO: BENEDITO PEDRO DE OLIVEIRA, 294 - PEREQUE
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ: 23.348.130/0001-15
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-1784

INSC.MUNICIPAL: 08885
CEP: 11.630-000
E-MAIL: fiscal@contabilfavarao.com.br

SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL: 883
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO PERÍODO 11/04/2018 A 10/05/2018
AIH (CONFORME TABELA SUS.....R\$ 2.026,70
ARTROSCOPIA.. QTD = 13 VLR = 240,00 VLR OTAL= R\$ 3.120,00
AMBULATÓRIO (HORA)...QTD = 48 VLR = 55,05 VLR. TOTAL
R\$ 2.642,40
COBERTURA A DISTÂNCIA / HORA...QTD = 236 VLR = R\$ 31,21 VLR. TOTAL = R\$ 7.365,56
COBERTURA PRESENCIAL / HORA ...QTD = 100 - VLR = R\$ 93,63 - VLR. TOTAL = R\$ 9.363,00
PRODUÇÃO(POR FICHA DE ATENDIMENTO) QTD = 3 - VLR = 7,00 - TOTAL = 21,00
VISITA.....QTD = 11 - VLR = R\$ 168,63 - VLR. TOTAL = R\$ 1.854,93
TOTAL BRUTO R\$ 26.393,59

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 26.393,59 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 171,56 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 26.393,59 |
| COFINS..... R\$ 791,81 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 395,90 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 1.623,21 |
| CSLL..... R\$ 263,94 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 527,87 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 24.770,38 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 4.149,07 (15,72%), CONFORME LEI 12741/2012 - FONTE: IBPT

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 002038232 |
| Conta destino: | 5052 / 60027-0 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA MEDICA CAMPOS E BITENCOURT EIREL |
| CPF/CNPJ: | 09.266.173/0001-20 |
| Valor: | R\$ 10.022,95 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CAMPOS E BITENCOURT |
| Histórico: | NF 0019 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:22:00 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130315 |
| Chave de segurança: | ZP8UFZENKEXR274U |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CLÍNICA MÉDICA CAMPOS E BITENCOURT LTDA - ME

CNPJ: 09.266.173/0001-20

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|--------------|
| DR. CLAUDIO BALMANN | | | |
| Chefe de Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 124,52 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.494,26 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 166,25 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Plantão) | 2 | R\$ 1.995,00 | R\$ 3.990,00 |
| Chefe de Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 155,72 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Plantão) | 3 | R\$ 1.868,65 | R\$ 5.605,95 |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 61 | R\$ 7,00 | R\$ 427,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 10.022,95

IMPOSTOS R\$ -

| | |
|----------------|----------------------|
| LÍQUIDO | R\$ 10.022,95 |
|----------------|----------------------|

| |
|--|
| EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL |
|--|

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00019

DATA DA EMISSÃO

29/05/2018 11:41:37

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

5305AA2D1

SÃO SEBASTIÃO



SP - BRASIL

SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 29/05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

CLINICA MEDICA - CAMPOS & BITENCOURT EIRELI - ME

ENDEREÇO:

RUA AUTA PINDER, 254 - CENTRO

COMPLEMENTO:

SALA 02

CPF/CNPJ:

09.266.173/0001-20

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-2038

INSC.MUNICIPAL:

18118

CEP:

11.608-533

E-MAIL:

pjsc@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BRONISLAU, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-1710

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

pjsc@uol.com.br

INSC.MUNICIPAL:

PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/02-00 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO PRONTO SOCORRO, CONFORME CONVENIO AUTORIZADO PELA LEI 056 / 2001, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, LEI COMPLEMENTAR 123 / 2006, ANEXO VI, REFERENTE ATENDIMENTO PRESTADO ENTRE 11 / 04 / 2018 A 10 / 05 / 2018

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES / DESCONTOS | | VALOR DO SERVIÇO..... | |
|-------------------|----------|------------------------------|----------|-------------------------------|----------------------|
| PIS..... | R\$ 0,00 | Alíquota do ISS | 5,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 10.022,95 |
| COFINS..... | R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 501,15 |
| CSLL..... | R\$ 0,00 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 10.022,95 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.ilbr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 455 / 28909-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | SERVICO DE MEDICINA E DIAGNOSTICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 20.056.420/0001-05 |
| Valor: | R\$ 2.711,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | SERV DE MEDICINA E DIAGNO |
| Histórico: | NF 1099 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:22:39 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130450 |
| Chave de segurança: | E05VTVR1CS01G5W7 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

SERVIÇO DE MEDICINA E DIAGNÓSTICO LTDA ME
 CNPJ: 20.056.420/0001/05

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. CRISTIANE

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|--------------|
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | 6 | R\$ 125,00 | R\$ 750,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | 12 | R\$ 150,00 | R\$ 1.800,00 |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 23 | R\$ 7,00 | R\$ 161,00 |
| Sala de Parto | | R\$ 66,00 | R\$ - |


TOTAL BRUTO R\$ 2.711,00
 IMPOSTOS R\$ -

PIS 3,00%
 COFINS 0,65%
 CSLL 1,00%
 IRRF 1,50%

LÍQUIDO R\$ 2.711,00

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | | |
|---|--|------------------------|
|  PREFEITURA MUNICIPAL SACRAMENTO PREFEITURA MUNICIPAL DE SACRAMENTO NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e) | Número do RPS | Número da nota 1099 |
| | Data da emissão da nota 29/05/2018 12:01:18 | |
| | Data do fato gerador 29/05/2018 12:01:18 | |
| | Código de verificação BHLHL7CX1 | |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: CENTRO INTEGRADO DE DIAGNOSTICOS
 Nome/Razão social: SERVICIO DE MEDICINA E DIAGNOSTICOS LTDA - ME
 CPF/CNPJ: 20.056.420/0001-05 Inscrição municipal: 52418
 Endereço: AV VISCONDE DO RIO BRANCO Número: 380 Bairro: CENTRO CEP: 38190-000
 Complemento:
 Município: Sacramento UF: MG
 E-mail: Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (34) 3351-1230
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
 Número: 15 CEP: 11630-000
 Complemento:
 Município: Ilhabela UF: SP
 E-mail: finceiro@santacasailhabela.org.br Telefone: (12) 3896-5766 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| | Valor unitário | Qtd | Valor do serviço | Base de cálculo (%) | ISS |
|---|----------------|--------|------------------|---------------------|--------|
| Nota Fiscal ref a competência 05/2018 Período 11/04/2018 A 10/05/2018 | 2.711,0000 | 1,0000 | 2.711,0000 | 2.711,00x4,00= | 108,44 |

Sob a responsabilidade da Dra Cristiane Lopes Ribeiro

Plantão pediatria (diurno e noturno) hora - quant-06-valor-125,00
 total-750,00
 Plantão pediatria (diurno e noturno) Plantão.
 Plantão pediatria (final de semana) hora - quant-12-valor- 150,00
 total - 1.800,00
 Plantão pediatria (final de semana) Plantão
 Produção (por ficha de atendimento)- quant - 23 - valor 7,00 -
 total-161,00
 Sala de parto -

Total 2.711,00

Obs: empresa optante pelo Simples Nacional

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Forma de Pagamento

| Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) | Parcela | Vencimento | Tipo | Valor (R\$) |
|---------|------------|---------|-------------|---------|------------|------|-------------|---------|------------|------|-------------|
| 1 | | À vista | 2.711,00 | | | | | | | | |

RETENÇÕES FEDERAIS

| PIS/PASEP | COFINS | INSS | IR | CSLL | Outras retenções |
|-----------------------------------|----------|----------|-------------------------------------|----------|------------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| Valor bruto = R\$ 2.711,00 | | | Valor líquido = R\$ 2.711,00 | | |

Códigos dos serviços:

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

| Desc. condicionado(R\$) | Desc. incondicionado(R\$) | Deduções(R\$) | Base de cálculo(R\$) | Valor ISS(R\$) |
|-------------------------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.711,00 | 108,44 |

| | | |
|--|--|--|
|  <p>PREFEITURA MUNICIPAL SACRAMENTO PREFEITURA MUNICIPAL DE SACRAMENTO NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e)</p> | Número do RPS | Número da nota 1099 |
| | Data da emissão da nota 29/05/2018 12:01:18 | |
| | Data do fato gerador 29/05/2018 12:01:18 | |
| | Código de verificação BHLHL7CX1 | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | |
| Nome fantasia: CENTRO INTEGRADO DE DIAGNOSTICOS Nome/Razão social: SERVICIO DE MEDICINA E DIAGNOSTICOS LTDA - ME CPF/CNPJ: 20.056.420/0001-05 Inscrição municipal: 52418 Endereço: AV VISCONDE DO RIO BRANCO Número: 380 Bairro: CENTRO CEP: 38190-000 Complemento: Município: Sacramento UF: MG E-mail: Site: | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | |
| Nome fantasia: Nome/Razão social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 Inscrição municipal: Inscrição estadual: Número: 15 CEP: 11630-000 Complemento: Município: Ilhabela UF: SP E-mail: finceiro@santacasailhabela.org.br Telefone: (12) 3896-5766 Celular: | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | |
| Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Ilhabela Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008. Para verificar a autenticidade, acesse https://e-gov.betha.com.br/e-nota/verificar_autenticidade.faces e informe: CPF/CNPJ do prestador, Número da Nota e o Código de Verificação. Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 4% Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional. Valor aproximado do tributo federal - R\$ 364,63 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 69,67 (2,57%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT | |  Verificar autenticidade |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 1741 / 35207-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | SAUDE COM ASSISTENCIA MEDICA SOCIEDADE S |
| CPF/CNPJ: | 20.825.661/0001-63 |
| Valor: | R\$ 7.487,07 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | SAUDE COM ASSISTENCIA MED |
| Histórico: | NF 0409 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:23:21 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130613 |
| Chave de segurança: | LM4ZKGN8S9YXH6PH |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

SAUDE COM ASSISTENCIA MEDICA SOCIEDADE SIMPLES LTDA

CNPJ: 20.825.661/0001-63

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. PAULO LANDE

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---|------|-------|--------------|
| CONTRATO FIXO (REAJUSTAR) A PARTIR DE OUTUBRO | | | R\$ 7.766,31 |
| AIH | | | R\$ 211,40 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TOTAL BRUTO R\$ 7.977,71

IMPOSTOS R\$ 490,63

COFINS 3,00% R\$ 239,33

PIS 0,65% R\$ 51,86

CSLL 1,00% R\$ 79,78

IRRF 1,50% R\$ 119,67

LÍQUIDO R\$ 7.487,08

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------|---|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | |  |
| | Data de Emissão 29/05/2018 13:09:24 | Número da Nota 000409 | Incentivo Fiscal Não Optante | |
| | Código de autenticação da NFSe: gjnhg8yf9cg8wc | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|--|---------------------------------|
| CPF/CNPJ.: 20825661000163 Razão Social/Nome: SAUDE COM ASSISTENCIA MEDICA SOCIEDADE SIMPLES LTDA Endereço: MINAS GERAIS Nº 1026 Bairro: INDAIA Complemento: Município: CARAGUATATUBA U.F.: SP CEP.: 11665020 Tel.: 38833242 | Inscr./Munic.: 000021057 |
|--|---------------------------------|

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|---|
| Documento: 50.320.605/0001-38 Inscr./Estadual: Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Bairro: CENTRO CEP.: 11.630-000 E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br | Número: 15 Complemento: Cidade: ILHABELA / SP País: BRASIL |
|---|---|

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| | |
|---|---|
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Bairro: CENTRO CEP: 11.630-000 | Número: 15 Complemento: Cidade: ILHABELA / SP País: BRASIL |
|---|---|

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Prestados pelo Sócio Dr. Paulo Eduardo Lande dos Santos referente Abril/2018
 Pagamento autorizado a prestador de serviços conforme convenio autorizado pela Lei 56/2001
 Retenção de ISS 2% - R\$ 159,55

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | |
|--|----------|------------|-----------|------------|-----------|--|---------------------|---------------|--|
| Atividade: 400 - Servicos de saude, assistencia medica e congengeres. | | | | | | | | | |
| Aliquota da Atividade: 2,00% | | | | | | Valor Bruto da Nota: R\$ 7.977,71 | | | |
| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido | |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 119,67 | R\$ 79,78 | R\$ 239,33 | R\$ 51,86 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO | |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| | | | |
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 7.977,71 | R\$ 159,55 | R\$ 7.487,07 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaraguatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICIPIO

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1013 / 27922-6 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MESA E CALDERON SERVICOS MEDICOS LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 23.659.488/0001-69 |
| Valor: | R\$ 22.658,20 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MESA E CALDERON |
| Histórico: | NF 00032 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:24:02 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130780 |
| Chave de segurança: | EW9A1G14KK9QM28U |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MESA E CALDERON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 23.659.488/0001-69

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. CARLOS MESA

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------------|--------------|----------------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 72 | R\$ 93,63 | R\$ 6.741,00 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | 48 | R\$ 125,00 | R\$ 6.000,00 |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 48 | R\$ 117,08 | R\$ 5.620,00 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 826 | R\$ 7,00 | R\$ 5.782,00 |
| TOTAL BRUTO | | | R\$ 24.143,00 |
| IMPOSTOS | | | R\$ 1.484,79 |
| COFINS 3,00% | R\$ 724,29 | | |
| PIS 0,65% | R\$ 156,93 | | |
| CSLL 1,00% | R\$ 241,43 | | |
| IRRF 1,50% | R\$ 362,15 | | |
| LÍQUIDO | | | R\$ 22.658,21 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00032

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 13:34:24

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

6B84CC2C

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

MESA & CALDERON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA ME

ENDEREÇO:

RIO BRANCO, 88 - BARRA VELHA

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

23.659.488/0001-69

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3894-1080

INSC.MUNICIPAL:

08882

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

mesacarlos2@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:

() SIM (x) NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE MAIO/2018:

* PLANTÃO DIURNO (HORA - 72) R\$ 6.741,00

* PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA - 48) R\$ 6.000,00

* PLANTÃO NOTURNO (HORA - 48) R\$ 5.620,00

* PRODUÇÃO (FICHA ATENDIMENTO - 826) R\$ 5.782,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 24.143,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 156,93 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 24.143,00 |
| COFINS..... R\$ 724,29 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 362,15 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 1.484,80 |
| CSLL..... R\$ 241,43 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 482,86 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 22.658,20 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.

2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.

3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.

4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 8534 / 13770-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CORREA E FREITAS SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 20.803.121/0001-89 |
| Valor: | R\$ 6.757,20 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CORREA E FREITAS |
| Histórico: | NF 0095 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:24:43 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130941 |
| Chave de segurança: | 3F5HLFYKEA9YU58C |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CORRÊA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS LTDA

CNPJ: 20.803.121/0001-89

COMP: 05/2018

PERÍODO: 01 a 30/05/2018

DR. IVANIR

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---------------------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | 4 | R\$ 1.800,00 | R\$ 7.200,00 |
| Produção (por ficha de atendimento) | | R\$ 7,00 | R\$ - |
| | | TOTAL BRUTO | R\$ 7.200,00 |
| | | IMPOSTOS | R\$ 442,80 |
| COFINS 3,00% | R\$ 216,00 | | |
| PIS 0,65% | R\$ 46,80 | | |
| CSLL 1,00% | R\$ 72,00 | | |
| IRRF 1,50% | R\$ 108,00 | | |
| | | LÍQUIDO | R\$ 6.757,20 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**


MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00095

 DATA DA EMISSÃO
 29/05/2018 13:45:12
 CÓDIGO VERIFICAÇÃO
 D1352F56B


| | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|---------------------|
| SÉRIE: NFS-e | COMPETÊNCIA: 29/05/2018 | LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP | NFS SUBSTITUÍDA: - | N. RPS: 0 |
|------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|---------------------|

PRESTADOR DO SERVIÇO


| | | | |
|--|--|--|---|
| NOME/RAZÃO SOCIAL: CORRÊA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS LTDA | CPF/CNPJ: 20.803.121/0001-89 | INSC.MUNICIPAL: 22059 | SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO |
| ENDEREÇO: RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 163 - VILA AMÉLIA | MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL | CEP: 11.609-018 | REGIME ESPECIAL: NENHUM |
| COMPLEMENTO: | TELEFONE: (12) 3892-5572 | E-MAIL: ekcorrea@hotmail.com | |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|---|--|---|
| NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 | INSC.MUNICIPAL: |
| ENDEREÇO: RUA PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO | MUNICÍPIO: ILHABELA - SP | PAÍS: BRASIL |
| COMPLEMENTO: | TELEFONE: (12) 3896-5766 | E-MAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/02-00 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

 SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE A 1 A 30/05/2018 A 4 PLANTÕES NA UTI FIM DE SEMANA. DR IVANIR F. F. JUNIOR - CRM 66.974.
 VALOR APROXIMADOS DOS TRIBUTOS R\$ 442,80 CONFORME PAGAMENTO AUTORIZADO AO PRESTADOR DE SERVIÇO CONFORME CONVÊNIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

 INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES / DESCONTOS | | VALOR DO SERVIÇO..... | |
|-------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------|---------------------|
| PIS..... | R\$ 46,80 | Alíquota do ISS | 3,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 7.200,00 |
| COFINS..... | R\$ 216,00 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 108,00 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 442,80 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 216,00 |
| CSLL..... | R\$ 72,00 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 6.757,20 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES


- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 8534 / 13770-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CORREA E FREITAS SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 20.803.121/0001-89 |
| Valor: | R\$ 4.223,25 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CORREA E FREITAS |
| Histórico: | NF 00096 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:25:23 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131083 |
| Chave de segurança: | UQYKP7YHLK0N8AUU |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CORRÊA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS LTDA
 CNPJ: 20.803.121/0001-89

| | |
|---------------|--------------------------|
| COMP: 05/2018 | PERÍODO: 01 a 30/05/2018 |
|---------------|--------------------------|

DRA. EUNICE KACIA CORREA DE FREITAS

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | 3 | R\$ 1.500,00 | R\$ 4.500,00 |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |

| | | | |
|---------------------|------------|--------------------|---------------------|
| | | TOTAL BRUTO | R\$ 4.500,00 |
| | | IMPOSTOS | R\$ 276,75 |
| COFINS 3,00% | R\$ 135,00 | | |
| PIS 0,65% | R\$ 29,25 | | |
| CSLL 1,00% | R\$ 45,00 | | |
| IRRF 1,50% | R\$ 67,50 | | |
| | | LÍQUIDO | R\$ 4.223,25 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017


MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
NÚMERO DA NOTA
00096
DATA DA EMISSÃO

29/05/2018 13:51:09

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

56F4F6456



SÉRIE: NFS-e
 COMPETÊNCIA: 29/05/2018
 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP
 NFS SUBSTITUÍDA: -
 N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

CORRÊA E FREITAS SERVIÇOS MEDICOS LTDA

ENDEREÇO:

RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 163 - VILA AMÉLIA

COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ:

20.803.121/0001-89

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-5572

INSC.MUNICIPAL:

22059

CEP:

11.609-018

E-MAIL:

ekcorrea@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:

() SIM (x) NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO
NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:
MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5766

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

financeiro@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/02-00 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTE A 1 A 30/05/2018 A 3 PLANTÕES UTI . DRA EUNICE DE KACIA - CRM 103.771.

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 276,75 CONFORME PAGAMENTO AUTORIZADO AO PRESTADOR DE SERVIÇO CONFORME CONVÊNIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017
DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES / DESCONTOS | | VALOR DO SERVIÇO..... | |
|-------------------|------------|------------------------------|----------|-------------------------------|---------------------|
| PIS..... | R\$ 29,25 | Alíquota do ISS | 3,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 4.500,00 |
| COFINS..... | R\$ 135,00 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 67,50 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 276,75 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 135,00 |
| CSLL..... | R\$ 45,00 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 4.223,25 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES


- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1013 / 33086-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 28.547.318/0001-06 |
| Valor: | R\$ 18.351,87 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MALU ASSISTENCIA |
| Histórico: | NF 00015 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:25:58 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131204 |
| Chave de segurança: | 23XZY5WZRTSF8U4A |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME

CNPJ: 28.547.318/0001-06

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. MILENE DESLANDES

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 66 | R\$ 93,63 | R\$ 6.179,58 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | 12 | R\$ 125,00 | R\$ 1.500,00 |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 36 | R\$ 117,08 | R\$ 4.214,88 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Plantão Ambulância UTI | 1 | R\$ 1.000,00 | R\$ 1.000,00 |
| Transferência Ambulância UTI | 1 | R\$ 500,00 | R\$ 500,00 |
| Produção (por ficha de atendimento) | 880 | R\$ 7,00 | R\$ 6.160,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 19.554,46

IMPOSTOS R\$ 1.202,60

COFINS 3,00% R\$ 586,63

PIS 0,65% R\$ 127,10

CSLL 1,00% R\$ 195,54

IRRF 1,50% R\$ 293,32

LÍQUIDO R\$ 18.351,86

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00015

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 14:47:53

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

586AB662F

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME
CPF/CNPJ: 28.547.318/0001-06
INSC.MUNICIPAL: 10232
SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
ENDEREÇO: DAS ARARAS, 46 - PORTINHO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO:
TELEFONE: (12) 9815-66131
E-MAIL: albertomgorro@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
INSC.MUNICIPAL: 883
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO:
TELEFONE: (12) 3896-5566
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTÃO DIURNO (HORA) *****R\$ 6.179,58
PLANTÃO FINAL DE SEMANA (HORA) *****R\$ 1.500,00
PLANTÃO NOTURNO (HORA) *****R\$ 4.214,88
PLANTÃO AMBULÂNCIA UTI*****R\$ 1.000,00
TRANSFERÊNCIA AMBULÂNCIA UTI*****R\$ 500,00
PRODUÇÃO(POR FICHA DE ATENDIMENTO) *R\$ 6.160,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 19.554,46 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 127,10 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 19.554,46 |
| COFINS..... R\$ 586,63 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 293,32 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 1.202,59 |
| CSLL..... R\$ 195,54 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 391,09 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 18.351,87 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Comp.:05/2018 Dra. Milene Deslandes

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1013 / 33086-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 28.547.318/0001-06 |
| Valor: | R\$ 10.941,45 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MALU ASSISTENCIA |
| Histórico: | NF 00014 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:26:33 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131335 |
| Chave de segurança: | 8UL5HXE2W43XPTSV |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME

CNPJ: 28.547.318/0001-06

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. CAIO MEIRELES DESLANDES

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 12 | R\$ 93,63 | R\$ 1.123,56 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 36 | R\$ 117,08 | R\$ 4.214,88 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Plantão Ambulância UTI | 3 | R\$ 1.000,00 | R\$ 3.000,00 |
| Transferência Ambulância UTI | 3 | R\$ 500,00 | R\$ 1.500,00 |
| Produção (por ficha de atendimento) | 260 | R\$ 7,00 | R\$ 1.820,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 11.658,44

IMPOSTOS R\$ 716,99

COFINS 3,00% R\$ 349,75

PIS 0,65% R\$ 75,78

CSLL 1,00% R\$ 116,58

IRRF 1,50% R\$ 174,88

LÍQUIDO R\$ 10.941,45

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA

00014

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 14:45:02

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

D7359F1D7

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: MALU ASSISTENCIA E CONSULTORIA EM SAUDE LTDA - ME
CPF/CNPJ: 28.547.318/0001-06
INSC.MUNICIPAL: 10232
SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
ENDEREÇO: DAS ARARAS, 46 - PORTINHO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO:
TELEFONE: (12) 9815-66131
E-MAIL: albertomgorro@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
INSC.MUNICIPAL: 883
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
CEP: 11.630-000
PAÍS: BRASIL
COMPLEMENTO:
TELEFONE: (12) 3896-5566
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PLANTÃO DIURNO (HORA) *****R\$ 1.123,56
PLANTÃO NOTURNO (HORA) *****R\$ 4.214,88
PLANTÃO AMBULÂNCIA UTI*****R\$ 3.000,00
TRANSFERÊNCIA AMBULÂNCIA UTI*****R\$ 1.500,00
PRODUÇÃO(POR FICHA DE ATENDIMENTO) *R\$ 1.820,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 11.658,44 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 75,78 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 11.658,44 |
| COFINS..... R\$ 349,75 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 174,88 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 716,99 |
| CSLL..... R\$ 116,58 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 233,17 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 10.941,45 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Comp.:05/2018 Dr Caio Deslandes

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 680 / 4893-3 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | PEDRO MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 15.009.524/0001-10 |
| Valor: | R\$ 58.127,74 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | PEDRO MARQUES SERV MED |
| Histórico: | NF 0189 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:27:22 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131529 |
| Chave de segurança: | Y2GM6Y9H0AQMNI6K |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

PEDRO MARQUES SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME

CNPJ: 15.009.524/0001-10

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/06/18


| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|---------------|
| Dr. Pedro Eduardo Marques | | | |
| Coordenação Equipe UTI | | | R\$ 3.000,00 |
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | 23 | R\$ 1.500,00 | R\$ 34.500,00 |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Responsabilidade Técnica | | | R\$ 3.000,00 |
| Dra. Mariana M. Carreira | | | |
| Coordenação Pronto Socorro | | | R\$ 5.000,00 |
| Chefe de Plantão Diurno (Hora) | 132 | R\$ 124,52 | R\$ 16.436,86 |
| Chefe de Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.494,26 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 166,25 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.995,00 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 155,72 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.868,65 | R\$ - |
| Plantão Diurno (hora) | 8 | R\$ 93,63 | R\$ 749,04 |
| Produção (por ficha de atendimento) | 105 | R\$ 7,00 | R\$ 735,00 |

COFINS 3,00% R\$ 1.858,11
 PIS 0,65% R\$ 402,59
 CSLL 1,00% R\$ 619,37
 IRRF 1,50% R\$ 929,05

TOTAL BRUTO R\$ 61.936,86
 IMPOSTOS R\$ 3.809,12

LÍQUIDO R\$ 58.127,74

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------|-----------------|-----------|--------|--|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA E FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 189 | | | | | |
| Data e Hora da Emissão | 29/05/2018 15:20:25 | Competência | 29/5/2018 | Código de Verificação | 705477978 | | | | | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | RIO CLARO - SP | | | | | | |
| Dados do Prestador de Serviços | | | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | PEDRO MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA - ME | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | PEDRO MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 15.009.524/0001-10 | Inscrição Municipal | 44810 | Município | RIO CLARO - SP | | | | | | |
| Endereço e Cep | RUA 4 ,727 - JARDIM DONÂNGELA CEP: 13500-030 | | | | | | | | | | |
| Complemento: | SALA 7 | Telefone: | (19)3534-6006 | e-mail: | pedro_eduardo_marques@hotmail.com | | | | | | |
| Dados do Tomador de Serviços | | | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | | | | | |
| Endereço e CEP | RUA PADRE BRONISLAU CHERECK ,15 - CENTRO CEP: 11630-000 | | | | | | | | | | |
| Complemento: | | Telefone: | | e-mail: | notafiscal@marchioni.srv.br | | | | | | |
| Discriminação dos Serviços | | | | | | | | | | | |
| \$\$ SERVIÇOS PRESTADOS PELO SÓCIO DA EMPRESA Valor Aproximado dos Tributos - Lei 12.741 - alíquota: 11,33% Federal 2,00% Municipal. Lei - 13.137/2015 - Retenção de PIS COFINS CSLL (CSRF) | | | | | | | | | | | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | | | |
| 4.03 / 100403 - HOSP.CLINICAS,LAB.,SANAT. E CONGENERES | | | | | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | | | |
| | PIS | 402,59 | COFINS | 1.858,11 | IR(R\$) | 929,05 | INSS(R\$) | | CSLL(R\$) | 619,37 | |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | | | Outras Retenções | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | | | |
| Valor dos Serviços | R\$ | 61.936,86 | | Natureza Operação | | Valor dos Serviços | R\$ | 61.936,86 | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | | | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções permitidas em lei | | | | | |
| (-) Desconto Condicionado | | | | Regime especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | | | | | |
| (-) Retenções Federais | | 3.809,12 | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | | 61.936,86 | | | |
| Outras Retenções | | | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | | 2,00 | | | |
| (-) ISS Retido | | 0,00 | | 2 - Não | | ISS a reter: | | () Sim (X) Não | | | |
| (=) Valor Líquido | R\$ | 58.127,74 | | Incentivador Cultura | | (=) Valor do ISS: | R\$ | 1.238,74 | | | |
| | | | | 2-Não | | | | | | | |
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, RIOCLARO.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. | | | | | | | | | | |

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Banco: | 136 - UNICRED DO BRASIL - 000315557 |
| Conta destino: | 5661 / 72357-6 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | BCD SERVICOS MEDICOS LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 07.535.740/0001-71 |
| Valor: | R\$ 22.761,52 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | BCD SERVICOS MEDICOS |
| Histórico: | NF 393 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:28:09 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131697 |
| Chave de segurança: | N4T08WTLAKK5K5QJ |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br



BCD SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME
 CNPJ: 07.535.740/0001-71

| | |
|---------------|------------------------------|
| COMP: 05/2018 | PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18 |
|---------------|------------------------------|

DR. JULIANO R. BARROS

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---|------|--------------|----------------------|
| AIH (Cirurgias conforme tabela SUS) | | | R\$ 743,80 |
| Ambulatório 80 horas (Confome Contrato) | 80 | R\$ 127,20 | R\$ 10.176,00 |
| Parto Normal | | R\$ 176,00 | R\$ - |
| Plantão Ginecologia Hora | | R\$ 69,44 | R\$ - |
| Plantão Ginecologia (Conforme Contrato) | 8 | R\$ 1.666,66 | R\$ 13.333,28 |
| TOTAL BRUTO | | | R\$ 24.253,08 |
| COFINS 3,00% | | | R\$ 727,59 |
| PIS 0,65% | | | R\$ 157,65 |
| CSLL 1,00% | | | R\$ 242,53 |
| IRRF 1,50% | | | R\$ 363,80 |
| IMPOSTOS | | | R\$ 1.491,56 |
| LÍQUIDO | | | R\$ 22.761,52 |

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|--|----------------------|--|--|
|  PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS CORAÇÕES SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DEPARTAMENTO DA RECEITA | |  | | | | | | | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇO | | | | | | | | | | | |
| Razão Social: Bcd Serviços Médicos Ltda. - Epp Nome Fantasia: Endereço: Rua Eng. Frizotti Agostino, 50, Apto 302 - Ed. Temer Neder - CENTRO Três Corações - MG - CEP: 37410-000 E-mail: malunandes@yahoo.com.br - Fone: (35)3231-3940 - Site: Inscrição Estadual: ISENTO - Inscrição Municipal: CPF/CNPJ: 07.535.740/0001-71 | | | | | | | | | | | |
| NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe | | | | | | | | | | | |
| Data de Emissão | Código de Verificação para Autenticação | Regime Tributário | Número RPS | Nº da Nota Fiscal 393 | | | | | | | |
| 29/05/2018 | 4028809363a973920163ad2a5bd50201 | Tributação Normal | | | | | | | | | |
| Tipo de Recolhimento | Local de Prestação | | | | | | | | | | |
| Não Retido | Fora do Município (3520400 - ILHABELA - SP) | | | | | | | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| Razão Social | | CPF/CNPJ | Inscrição Estadual | | | | | | | | |
| SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | | 50.320.605/0001-38 | | | | | | | | | |
| Endereço | | Número | Complemento | Bairro | | | | | | | |
| Rua Padre Bronislau Chereck | | 15 | | Centro | | | | | | | |
| CEP | Município | UF | Telefone | e-mail | | | | | | | |
| 11630-000 | ILHABELA | SP | (12)3896-5766 | rh@santacasailhabela.org.br | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO (Valores em R\$) | | | | | | | | | | | |
| Serviço Principal: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. | | | | | | | | | | | |
| Descrição do Serviço | Un. | Quant. | Valor | Aliquot | Valor Serviço | | | | | | |
| AIH, Ambulatório 80 horas/Plantão Ginecologia (conforme contrato) | UN | 1,00 | 24.253,08 | 3,00 % | 24.253,08 | | | | | | |
| VALOR TOTAL DA NOTA | | DEDUÇÕES | | BASE DE CÁLCULO | | ISS A RECOLHER | | | | | |
| 24.253,08 | | 0,00 | | 24.253,08 | | 727,59 | | | | | |
| DEMONSTRATIVO DOS TRIBUTOS FEDERAIS | | | | | TOTAL DEMONSTRATIV | | DESCONTOS DIVERSOS | | VALOR LÍQUIDO | | |
| INSS | IR | CSLL | COFINS | PIS | | | | | | | |
| 0,00 | 363,80 | 242,53 | 727,58 | 157,65 | 1.491,56 | | 0,00 | | 22.761,52 | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | | | | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | | | | | | | | |
| Esta Nota Fiscal NÃO ACOBERTA o transporte INTERMUNICIPAL, INTERESTADUAL E INTERNACIONAL. | | | | | | | | | | | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | | | |

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site <http://www.trescoracoes.mg.gov.br>

RECEBI(EMOS) DA EMPRESA: Bcd Serviços Médicos Ltda. - Epp A NOTA FISCAL Nº 393, EMITIDA EM 29/05/2018 NO VALOR R\$ 24.253,08

DATA DO RECEBIMENTO:...../...../.....

ASSINATURA DO DESTINATÁRIO

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 4694 / 11089-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | VELHOTE E KANECO LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 28.703.996/0001-10 |
| Valor: | R\$ 15.532,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | VELHOTE E KANECO DRA TAIS |
| Histórico: | NF 0018 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:28:49 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00131868 |
| Chave de segurança: | SQ0GPCNVQ37TQ4C5 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

VELHOTE & KANEKO LTDA - ME
 CNPJ: 25.703.996/0001-10

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. TAIS F. OLIVEIRA VELHOTE

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|---------------|
| Horas PSF | 96 | R\$ 125,00 | R\$ 12.000,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) (Hora) | 24 | R\$ 125,00 | R\$ 3.000,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 76 | R\$ 7,00 | R\$ 532,00 |
| Sala de Parto | | R\$ 66,00 | R\$ - |
| | | | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 15.532,00
 IMPOSTOS R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 15.532,00

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00018

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 16:43:06

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

F73916DB1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

VELHOTE & KANEKO LTDA - ME

ENDEREÇO:

RUA ALZIRA SAMPAIO, 54 - COCAIA

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

28.703.996/0001-10

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3895-8500

INSC.MUNICIPAL:

10253

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

atendimento@datailha.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(X) SIM () NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADORA DE SERVIÇOS TAIS FRANCO DE OLIVEIRA VELHOTE, PELOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL MARIO COVAS JUNIOR E PSF.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES | | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 15.532,00 |
|-------------------|----------|-------------------------------|----------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... | R\$ 0,00 | Alíquota DO ISS | 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 15.532,00 |
| COFINS..... | R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| CSLL..... | R\$ 0,00 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 310,64 |
| | | Regime Especial Tributação... | Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 15.532,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 2.607,83 (16,79%) FONTE: IBPT INSTITUTO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO E TRIBUTOS

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 530 / 13003295-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MARCELA DO SOUTO FINK ME |
| CPF/CNPJ: | 25.318.386/0001-05 |
| Valor: | R\$ 14.127,55 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MARCELA DA SOUTO FINK ME |
| Histórico: | NF 0051 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:29:35 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00132029 |
| Chave de segurança: | H3GQMSGG7Y6XPSW0 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MARCELA DO SOUTO FINK - ME

CNPJ: 25.318.386/0001-05

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|----------------------|------|-------|---------------|
| CONTRATO PSIQUIATRIA | | | R\$ 14.127,55 |
| | | | R\$ - |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TOTAL BRUTO R\$ 14.127,55

IMPOSTOS R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 14.127,55

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00051

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 16:49:04

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

FE8657519

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

MARCELA DO SOUTO FINK - ME

ENDEREÇO:

ANTONIA CORREIA PINTO, 106 - PEREQUE

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

25.318.386/0001-05

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 9917-37447

INSC.MUNICIPAL:

09246

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

joao.contabil@datailha.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PSIQUIATRIA

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

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

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 2,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 14.127,55
Base de Cálculo..... R\$ 14.127,55
Valor de Crédito..... R\$ 0,00
Total de Deduções..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
Valor do ISS..... R\$ 282,55
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 14.127,55

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 2.226,50 ALIQUOTAS 15,76% (FONTE:IBPT)

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 5782 / 3147-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JTSJ EIRELI ME |
| CPF/CNPJ: | 28.204.573/0001-56 |
| Valor: | R\$ 3.592,87 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | JTSJ EIRELI ME |
| Histórico: | NF 0028 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:30:16 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00132195 |
| Chave de segurança: | T8Z2GPP56J2JAMYS |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

JTSJ EIRELI - ME

CNPJ: 28.204.573/0001-56

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. JOANIR TEIXEIRA DE S. JUNIOR

CRM: 188.246

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|--------------|
| Chefe de Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 124,52 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.494,26 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 166,25 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.995,00 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 155,72 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Plantão) | 2 | R\$ 1.868,65 | R\$ 3.737,30 |
| Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 93,63 | R\$ - |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 13 | R\$ 7,00 | R\$ 91,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 3.828,30

IMPOSTOS R\$ 235,44


COFINS 3,00% R\$ 114,85

PIS 0,65% R\$ 24,88

CSSL 1,00% R\$ 38,28

IRRF 1,50% R\$ 57,42

LÍQUIDO R\$ 3.592,86INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|------------|-------|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE UBATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 28 | | | |
| Data e Hora da Emissão | 29/05/2018 20:06:43 | Competência | 29/5/2018 | Código de Verificação | 027533969 | | | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | ILHABELA - SP | | | | |
| Prestador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | JTSJ EIRELI - ME | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 28.204.573/0001-56 | Inscrição Municipal | 11260688 | Município | UBATUBA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | | . MARGINAL ,230 - TONINHAS CEP: 11680-000 | | | | | | | |
| Complemento | APT.314-BL.E | Telefone | (33)99928-3278 | e-mail | suporte2@meucontadoronline.com.br | | | | |
| Tomador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | | Rua Padre Bronislau Chereck ,15 - Centro CEP: 11630-000 | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | (12)3896-5766 | e-mail | financeiro@santacasailhabela.com.br | | | | |
| Discriminação do Serviço | | | | | | | | | |
| Prestação de serviços de Plantões Médicos realizados no Hospital Mário Covas no período de 11/04/2018 a 10/05/2018. Realizados por Dr. Joanir Teixeira de Siqueira Júnior CRM SP 188.246 | | | | | | | | | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | |
| 4.03 / 861010200 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS | | | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | |
| PIS (R\$) | 24,88 | COFINS (R\$) | 114,85 | IR (R\$) | 57,42 | INSS (R\$) | | CSLL (R\$) | 38,28 |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço | | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | | |
| Valor do Serviço R\$ | 3.828,30 | | Natureza Operação | | Valor do Serviço R\$ | 3.828,30 | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00 | | | |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | | Regime Especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | | |
| (-) Retenções Federais | 235,43 | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 3.828,30 | | | |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 3,00 | | | |
| (-) ISSQN Retido | 0,00 | | 2 - Não | | ISSQN a Reter | () Sim (X) Não | | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 3.592,87 | | Incentivador Cultural | | (=) Valor do ISSQN R\$ | 114,85 | | | |
| | | | | 2-Não | | | | | |
| Avisos | | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://UBATUBA.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. | | | | | | | |

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 715 / 9539-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DESLANDES E TAVOLARO ASSIST MEDICA LTDA |
| CPF/CNPJ: | 04.113.798/0001-39 |
| Valor: | R\$ 65.381,35 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DESLANDES E TAVOLARO |
| Histórico: | NF 0065 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:30:59 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00132354 |
| Chave de segurança: | LTQMGPE05FV7QHQ0 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

DESLANDES & TAVOLARO ASSIST MEDICA LTDA

CNPJ: 04.113.798/0001-39

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---------------------------------------|------|-------|------------------|
| SERVIÇOS ANESTESIA (CONTRATO) | | | 62.500,00 |
| Honorários de AIH Dr. Henry | | | 52,50 |
| Honorários de AIH Dra. M. Guilhermina | | | 2.089,50 |
| Honorários de AIH Dr. Nelson | | | 406,70 |
| Honorários de AIH Dr. Alberto Orro | | | 1.209,00 |
| Ambulatório Dr. Nelson | 18 | 55,05 | 990,90 |
| Honorários de AIH Dra. Daniela Santos | | | 765,70 |
| Ambulatório Dra. Daniela Santos | 30 | 55,05 | 1.651,50 |
| Ambulatório Dra. M. Guilhermina | | 55,05 | 0,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 69.665,80

COFINS 3,00% R\$ 2.089,97

IMPOSTOS R\$ 4.284,45

PIS 0,65% R\$ 452,83

CSLL 1,00% R\$ 696,66

LÍQUIDO R\$ 65.381,35

IRRF 1,50% R\$ 1.044,99

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00065

DATA DA EMISSÃO

29/05/2018 20:49:32

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

98DA98715

SÃO SEBASTIÃO



SP - BRASIL

SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 29/05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

DESLANDES & TAVOLARO ASSIST MEDICA LTDA

ENDEREÇO:

RUA JOÃO TARORA, 51 - PONTAL DA CRUZ

COMPLEMENTO:

CONJ 11A

CPF/CNPJ:

04.113.798/0001-39

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-5439

INSC.MUNICIPAL:

14988

CEP:

11.606-169

E-MAIL:

edsoncontabil@edsoncontabil.cnt.br

SIMPLES NACIONAL:

() SIM (x) NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BRONISLAU, 15 - VILA

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3869-1710

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/01-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REFERENTES AOS HONORÁRIOS MÉDICOS DE:

22 PLANTÕES 12 HS DIURNOS

22 PLANTÕES 12 HS NOTURNO DE COBERTURA

04 PLANTÕES DE 48 HS DE FINAIS DE SEMANA DE COBERTURA

01 PLANTÃO DE 24 HS DE COBERTURA DE FERIADO

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS (16,33%) = R\$ 11.376,42 - FONTE IBPT

LEI 12.741 - LEI DA TRANSPARENCIA

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES / DESCONTOS | | VALOR DO SERVIÇO..... | |
|-------------------|--------------|------------------------------|----------|-------------------------------|----------------------|
| PIS..... | R\$ 452,83 | Alíquota do ISS | 3,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 69.665,80 |
| COFINS..... | R\$ 2.089,97 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 1.044,99 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 4.284,45 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 2.089,97 |
| CSLL..... | R\$ 696,66 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 65.381,35 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1740 / 31990-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MATEZ SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 12.272.034/0001-14 |
| Valor: | R\$ 6.833,22 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MATEZ SERVICOS MEDICOS |
| Histórico: | NF 0383 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:32:00 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00132584 |
| Chave de segurança: | XEW3H9X3UKACCZFK |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MATEZ SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

CNPJ: 12.272.034/0001-14

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. JOSÉ PEDRO DE A. RUSSO

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------------|--------------------|---------------------|
| Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 93,63 | R\$ - |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | 4 | R\$ 1.500,00 | R\$ 6.000,00 |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 183 | R\$ 7,00 | R\$ 1.281,00 |
| | | TOTAL BRUTO | R\$ 7.281,00 |
| | | IMPOSTOS | R\$ 447,78 |
| | | LÍQUIDO | R\$ 6.833,22 |
| COFINS 3,00% | R\$ 218,43 | | |
| PIS 0,65% | R\$ 47,33 | | |
| CSLL 1,00% | R\$ 72,81 | | |
| IRRF 1,50% | R\$ 109,22 | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--------------------|-----------------|
|  PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20180530u10405463820 | Número da Nota 00000383 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 30/05/2018 08:32:23 Código de Verificação CBRD-MKYX | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 12.272.034/0001-14 Nome/Razão Social: MATEZ SERVIÇOS MEDICOS LTDA Endereço: R PEDROSO ALVARENGA 01101, AP 114 - ITAIM BIBI - CEP: 04531-012 Município: São Paulo | Inscrição Municipal: 4.594.446-6 UF: SP | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇOSANTA CASA DE MISERICORDIA DE IL CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 Endereço: RUA BRONISLAU CHERECK 15 - CENTRO - CEP: 11630-000 Município: Ilhabela | | | | |
| Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: COMPRAS@SANTACASAILHABELA.ORG.BR | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ---- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| serviços medicos prestados pelo DR Jose Pedro valor liquido R\$ 6.833,22 | | | | |
| VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 7.281,00 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 109,22 | 72,81 | 218,43 | 47,33 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 7.281,00 | 2,00% | 145,62 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | |
| - | - | R\$ 979,29 (13,45%) / IBPT | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2018; | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 530 / 13003500-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | VELHOTE E KANECO LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 28.703.996/0001-10 |
| Valor: | R\$ 36.929,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | VELHOTE DRA LETICIA |
| Histórico: | NF 0017 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:34:00 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00133065 |
| Chave de segurança: | 8E2J3J50JLE8FW9E |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

VELHOTE & KANEKO LTDA - ME

CNPJ: 25.703.996/0001-10

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. LETÍCIA KANEKO

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|---------------|
| Horas PSF - Outubro 2017 | 96 | R\$ 125,00 | R\$ 12.000,00 |
| Horas PSF - Maio 2018 | 56 | R\$ 125,00 | R\$ 7.000,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | 120 | R\$ 125,00 | R\$ 15.000,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | 6 | R\$ 150,00 | R\$ 900,00 |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 271 | R\$ 7,00 | R\$ 1.897,00 |
| Sala de Parto | 2 | R\$ 66,00 | R\$ 132,00 |
| | | | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 36.929,00

IMPOSTOS R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 36.929,00

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00017

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 16:37:11

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

38AA19138

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
VELHOTE & KANEKO LTDA - ME
ENDEREÇO:
RUA ALZIRA SAMPAIO, 54 - COCAIA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
28.703.996/0001-10
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3895-8500

INSC.MUNICIPAL:
10253
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
atendimento@datailha.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADORA DE SERVIÇOS LETÍCIA KANEKO, PELOS SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL MARIO COVAS JUNIOR E PSF.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 36.929,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 36.929,00 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 738,58 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 36.929,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 6.200,38 (16,79%) FONTE: IBPT INSTITUTO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO E TRIBUTOS

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1613 / 53956-6 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MAGALAM SERVICOS MEDICOS LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 21.521.692/0001-93 |
| Valor: | R\$ 1.873,25 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MANGALAM SERV MEDICOS LTD |
| Histórico: | NF 213 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 10:35:11 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00133340 |
| Chave de segurança: | VGYLJJKURN3FFSHX |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

MANAGALAM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME

CNPJ: 25.703.996/0001-10

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. PAULA TAVARES DA MATA

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|--------------|
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | 12 | R\$ 150,00 | R\$ 1.800,00 |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 28 | R\$ 7,00 | R\$ 196,00 |
| Sala de Parto | | R\$ 66,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 1.996,00

IMPOSTOS R\$ 122,75

COFINS 3,00% R\$ 59,88


PIS 0,65% R\$ 12,97

CSLL 1,00% R\$ 19,96

IRRF 1,50% R\$ 29,94

LÍQUIDO R\$ 1.873,25

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|--|-----------|-------|--|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 213 | | | | | |
| Data e Hora da Emissão | 29/05/2018 23:51:41 | Competência | 29/5/2018 | Código de Verificação | 582989182 | | | | | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | SAO JOSE DOS CAMPOS - SP | | | | | | |
| Dados do Prestador de Serviços | | | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | MANGALAM SERVICOS MEDICOS LTDA ME | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 21.521.692/0001-93 | Inscrição Municipal | 324949 | Município | SAO JOSE DOS CAMPOS - SP | | | | | | |
| Endereço e Cep | AVENIDA DOUTOR JOÃO GUILHERMINO ,261 - CENTRO CEP: 12210-131 | | | | | | | | | | |
| Complemento: | SALA 102 | Telefone: | 12981498053 | e-mail: | paulatm2@gmail.com | | | | | | |
| Dados do Tomador de Serviços | | | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | | | | | |
| Endereço e CEP | Rua Padre Bronislau Chereck ,15 - CENTRO CEP: 11630-000 | | | | | | | | | | |
| Complemento: | | Telefone: | (12)3896-5766 | e-mail: | financeiro@santacasailhabela.org.br | | | | | | |
| Discriminação dos Serviços | | | | | | | | | | | |
| - REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS POR DRA. PAULA T. A. L. TAVARES DA MATA ENTRE DIA 11 DE ABRIL DE 2018 E DIA 10 DE MAIO DE 2018. - VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS 14% - Declaração (INSS) Declaramos, sob pena da lei, para fins da dispensa de retenção de contribuições previdenciárias de que trata o ART. 219 do decreto N° 3.048, de 06 de maio de 1999 C.C ART. 120, inciso III da Instituição normativa RFB N° 971, de 13/11/2009, que os serviços são prestados por profissionais regulamentado por legislação federal, sendo os mesmos sócios civis, sem o concurso de empregados ou auxiliares. | | | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | | | |
| 4.01 / 20401007 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS | | | | | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | | | |
| | PIS | 12,97 | COFINS | 59,88 | IR(R\$) | 29,94 | INSS(R\$) | | CSLL(R\$) | 19,96 | |
| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços | | | | Outras Retenções | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | | | |
| Valor dos Serviços R\$ | 1.996,00 | | | Natureza Operação | | Valor dos Serviços R\$ | 1.996,00 | | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | | | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções permitidas em lei | | | | | |
| (-) Desconto Condicionado | | | | Regime especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | | | | | |
| (-) Retenções Federais | 122,75 | | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 1.996,00 | | | | |
| Outras Retenções | | | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 2,00 | | | | |
| (-) ISS Retido | 0,00 | | | 2 - Não | | ISS a reter: | () Sim (X) Não | | | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 1.873,25 | | | Incentivador Cultura | | (=) Valor do ISS: R\$ | 39,92 | | | | |
| | | | | 2-Não | | | | | | | |
| Avisos | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, sjc.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Concorra a prêmios de R\$ 300.000,00 por ano. Cadastre-se no site da Prefeitura, e sempre que contratar um serviço, peça a Nota Fiscal Joseense e informe o seu CPF. Mais informações no site da Prefeitura: www.sjc.sp.gov.br | | | | | | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 2423 / 37632-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA MEDICA MOREIRA E TEIXEIRA LTDA |
| CPF/CNPJ: | 11.090.542/0001-19 |
| Valor: | R\$ 25.665,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MOREIRA E TEIXEIRA |
| Histórico: | NF 0025 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 11:08:18 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Código da operação: | 00141338 |
| Chave de segurança: | YHN70L70FHJMPRZ |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CLINICA MÉDICA MOREIRA & TEIXEIRA- LTDA-ME

CNPJ: 11.090.542/0001-19

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. SOLANGE J. MESQUITA

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|---------------|
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) hora | 72 | R\$ 125,00 | R\$ 9.000,00 |
| Plantão PEDIATRA (diurno ou noturno) Plantão | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Hora) | 96 | R\$ 150,00 | R\$ 14.400,00 |
| Plantão PEDIATRA Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 267 | R\$ 7,00 | R\$ 1.869,00 |
| Sala de Parto | 6 | R\$ 66,00 | R\$ 396,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 25.665,00

IMPOSTOS R\$ -

COFINS 3,00%

PIS 0,65%

CSLL 1.00%

IRRF 1,50%

LÍQUIDO R\$ 25.665,00

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------------------|---|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | |  |
| | Data de Emissão 30/05/2018 09:57:04 | Número da Nota 000025 | Incentivo Fiscal Simples Nacional | |
| | Código de autenticação da NFS-e: e7w15rj16uoswk | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|--|---------------------------------|
| CPF/CNPJ.: 11090542000119 Razão Social/Nome: CLINICA MEDICA MOREIRA & TEIXEIRA LTDA - ME Endereço: FREI PACIFICO WAGNER N° 766 Bairro: CENTRO Complemento: Município: CARAGUATATUBA U.F.: SP CEP.: 11660280 Tel.: | Inscr./Munic.: 000023275 |
|--|---------------------------------|

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| |
|--|
| Documento: 50.320.605/0001-38 Inscr./Estadual: Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Número: 15 Bairro: CENTRO Complemento: CEP.: 11.630-000 Cidade: ILHABELA / SP E-Mail: financeiro@santacasailhabela.org.br País: BRASIL |
|--|

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| | |
|---|--|
| Endereço: Rua Professor Malaquias de Oliveira Freitas, Bairro: Barra Velha CEP: 11.630-000 | Número: 154 Complemento: Cidade: Ilhabela / SP País: Brasil |
|---|--|

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

HONORÁRIOS MÉDICOS POR SERVIÇOS PRESTADOS NA ÁREA DE PEDIATRIA , REFERENTE AO PERÍODO DE 11 DE ABRIL A 10 DE MAIO DE 2018.

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| Atividade: 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, c | | | | | | | | | |
|--|----------|-----------|----------|----------|---|---------------------------|---------------------|---------------|--|
| Alíquota da Atividade: 2,83% | | | | | Valor Bruto da Nota: R\$ 25.665,00 | | | | |
| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido | |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO | |

OBSERVAÇÕES

PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇOS, CONFORME CONVENIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001- EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

| | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 25.665,00 | R\$ 726,32 | R\$ 25.665,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaraguatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICIPIO

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1613 / 1504-0 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CORDISMED CLINICA GERAL E CARDIOLOGIA LT |
| CPF/CNPJ: | 18.657.707/0001-30 |
| Valor: | R\$ 10.355,41 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CORDISMED |
| Histórico: | NF 0280 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 11:10:25 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00141775 |
| Chave de segurança: | 1C92ME9LY6WC474H |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CORDISMED CLÍNICA GERAL E CARDIOLOGIA LTDA - EPP

CNPJ: 18.657.707/0001-30

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 48 | R\$ 93,63 | R\$ 4.494,00 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | 24 | R\$ 125,00 | R\$ 3.000,00 |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 12 | R\$ 117,08 | R\$ 1.405,00 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 305 | R\$ 7,00 | R\$ 2.135,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 11.034,00

IMPOSTOS R\$ 678,59

COFINS 3,00% R\$ 331,02


PIS 0,65% R\$ 71,72

CSLL 1,00% R\$ 110,34

IRRF 1,50% R\$ 165,51

LÍQUIDO R\$ 10.355,41

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------|--|----------------------------|-----------------------|--|------------------------|--|------------|--------|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE UBATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 280 | | | |
| Data e Hora da Emissão | 30/05/2018 11:04:47 | Competência | 30/5/2018 | Código de Verificação | 511933955 | | | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | ILHABELA - SP | | | | |
| Prestador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | CORDISMED CLINICA GERAL CARDIOLOGISTA LTDA-EPP | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 18.657.707/0001-30 | Inscrição Municipal | 11233036 | Município | UBATUBA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | | , CUNHAMBEBE ,696 - CENTRO CEP: 11680-000 | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | 3833-7604 | e-mail | luisfelize.fiscal@modulocontabilidade.com.br | | | | |
| Tomador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | | Rua Pe. Bronislaru Cherech ,15 - Centro CEP: 11630-000 | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | | e-mail | | | | | |
| Discriminação do Serviço | | | | | | | | | |
| SERVIÇOS MÉDICOS | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | |
| 4.03 / 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS | | | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | Código ART | | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | |
| PIS (R\$) | 71,72 | COFINS (R\$) | 331,02 | IR (R\$) | 165,51 | INSS (R\$) | | CSLL (R\$) | 110,34 |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço | | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | | |
| Valor do Serviço R\$ | 11.034,00 | | Natureza Operação | | Valor do Serviço R\$ | 11.034,00 | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00 | | | |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | | Regime Especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | | |
| (-) Retenções Federais | 678,59 | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 11.034,00 | | | |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 0,00 | | | |
| (-) ISSQN Retido | 0,00 | | 2 - Não | | ISSQN a Reter | () Sim (X) Não | | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 10.355,41 | | Incentivador Cultural | | (=) Valor do ISSQN R\$ | 0,00 | | | |
| | | | 2-Não | | | | | | |
| Avisos | | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://UBATUBA.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. | | | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1145 / 79122-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MED SZTERLING LTDA |
| CPF/CNPJ: | 03.509.794/0001-01 |
| Valor: | R\$ 6.569,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MED SZTERLING |
| Histórico: | NF 00031 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 11:24:11 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00145203 |
| Chave de segurança: | A3F15JSRVPYJ103X |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00031

DATA DA EMISSÃO

21/05/2018 13:34:06

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

70E3C753C

SÃO SEBASTIÃO



SP - BRASIL

SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 21/05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

MED SZTERLING LTDA

ENDEREÇO:

RUA GUARATINGUETÁ, 71 - MORRO DO ABRIGO

COMPLEMENTO:

CASA 01

CPF/CNPJ:

03.509.794/0001-01

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-2390

INSC.MUNICIPAL:

22088

CEP:

11.604-153

E-MAIL:

lszterling@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:

() SIM (x) NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA R PADRE BRONISLAU CHERECK , 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3892-2390

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

anhumas@uol.com.br

INSC.MUNICIPAL:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/02-00 | 4.03 | ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

REPASSE MEDICO

SERVIÇOS AMBULATORIAIS - RESP. TÉC. TRANSFUSIONAL - VISITAS E AVALIAÇÕES

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 45,50
COFINS..... R\$ 210,00
IR..... R\$ 105,00
INSS..... R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 70,00

DEDUÇÕES / DESCONTOS

Alíquota do ISS 3,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00

VALOR DO SERVIÇO.....

Base de Cálculo..... R\$ 7.000,00
Total Deduções/Descontos..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 430,50
Valor do ISS..... R\$ 210,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 6.569,50

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.libra.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1013 / 31548-6 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | FERREYRA QUINTANA YAMAMOTO SERVICOS |
| CPF/CNPJ: | 27.013.224/0001-94 |
| Valor: | R\$ 36.730,03 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | FERREYRA E QUINTANA |
| Histórico: | NF 00021 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 12:03:01 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00154192 |
| Chave de segurança: | 4Z8RPEP0AL7CYCYS |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

FERREIRA QUINTANA & YAMAMOTO SERV. MÉDICOS LTDA - ME

CNPJ: 27.013.224/0001-94

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. IGNACIO FERREYRA QUINTANA

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|---------------|
| Chefe de Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 124,52 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.494,26 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 166,25 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Plantão) | 2 | R\$ 1.995,00 | R\$ 3.990,00 |
| Chefe de Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 155,72 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Plantão) | 3 | R\$ 1.868,65 | R\$ 5.605,95 |
| Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 93,63 | R\$ - |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | 5 | R\$ 1.500,00 | R\$ 7.500,00 |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | 12 | R\$ 1.800,00 | R\$ 21.600,00 |
| Produção (por ficha de atendimento) | 63 | R\$ 7,00 | R\$ 441,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 39.136,95

IMPOSTOS R\$ 2.406,92

COFINS 3,00% R\$ 1.174,11

PIS 0,65% R\$ 254,39

CSLL 1,00% R\$ 391,37

IRRF 1,50% R\$ 587,05

LÍQUIDO R\$ 36.730,03INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA

00021

DATA DA EMISSÃO

30-05-2018 11:37:49

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

DA32844EB

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: FERREYRA QUINTANA & YAMAMOTO SERVIÇOS MEDICOS LTDA ME
ENDEREÇO: ERNESTO DE OLIVEIRA, 424 - AGUA BRANCA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ: 27.013.224/0001-94
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 9816-84461

INSC.MUNICIPAL: 10044
CEP: 11.630-000
E-MAIL: brasilnacho@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL: 883
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

CHEFE PLANTÃO FDS (2) 1.995 (3.990)
CHEFE PLANTÃO NOTURNO (3) (1.868,65) (5.605,95)
PLANTÃO UTI (5) (1.500) (7.500)
PLANTÃO UTI FDS (12) (1.800) (21.600)
PRODUÇÃO (63) (7) (441)

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 39.136,95 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 254,39 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 39.136,95 |
| COFINS..... R\$ 1.174,11 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 587,05 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 2.406,92 |
| CSLL..... R\$ 391,37 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 782,74 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 36.730,03 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 530 / 13003501-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | GUEDES PINTO E ALMEIDA SIMAO LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 17.821.581/0001-25 |
| Valor: | R\$ 11.778,84 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | GUEDES PINTO E ALMEIDA |
| Histórico: | NF 0007 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 12:10:52 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00155750 |
| Chave de segurança: | L5K723H5FPA7GH76 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

GUEDES PINTO & ALMEIDA SIMÃO LTDA - ME
 CNPJ: 17.821.581/0001-25

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. PEDRO GUEDES

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--------------|------|-----------|--------------|
| CONTRATO | | | R\$ 9.000,00 |
| AMBULTATÓRIO | 4 | R\$ 55,05 | R\$ 220,20 |
| AIH | | | R\$ 2.558,64 |

TOTAL BRUTO R\$ 11.778,84

IMPOSTOS R\$ -

COFINS 3,00%

PIS 0,65%

CSLL 1,00%

IRRF 1,50%

LÍQUIDO R\$ 11.778,84

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00007

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 21:03:58

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

E9063A16

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: GUEDES PINTO & ALMEIDA SIMAO LTDA ME
ENDEREÇO: LUIZ BARRETO BARBOSA, 342 - VILA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ: 17.821.581/0001-25
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-1439

INSC.MUNICIPAL: 10091
CEP: 11.630-000
E-MAIL: delphin@delphin.com.br

SIMPLES NACIONAL: (x) SIM () NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5566

CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL: 883
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.12 - Odontologia.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL PARA O HOSPITAL MARIO COVAS E SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | | DEDUÇÕES | | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 11.778,84 |
|-------------------|----------|-------------------------------|----------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... | R\$ 0,00 | Alíquota DO ISS | 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 11.778,84 |
| COFINS..... | R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... | R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... | R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... | R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... | R\$ 0,00 | Outras Retenções..... | R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| CSLL..... | R\$ 0,00 | Outras Deduções..... | R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 235,58 |
| | | Regime Especial Tributação... | Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 11.778,84 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VOCÊ PAGOU APROXIMADAMENTE 15,45% DE TRIBUTOS FEDERAIS E 2,13 DE TRIBUTOS MUNICIPAIS

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 3334 / 003 / 00001248-2 |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Nome destinatário: | N C DROGUETTI CLINICA MEDICA |
| Valor: | R\$ 15.454,98 |
| Identificação da operação: | N C DROGUETTI CLINICA MED |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 30/05/2018 10:18:22 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00134414 |
| Chave de segurança: | 1GP58E0YKRP5AJKW |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

N C DROGUETTI CLINICA MEDICA

CNPJ: 26.873.981/0001-75

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/17 A 10/05/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | 78 | R\$ 93,63 | R\$ 7.302,75 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | 24 | R\$ 125,00 | R\$ 3.000,00 |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 12 | R\$ 117,08 | R\$ 1.405,00 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 680 | R\$ 7,00 | R\$ 4.760,00 |

TOTAL BRUTO R\$ 16.467,75

IMPOSTOS R\$ 1.012,77

COFINS 3,00% R\$ 494,03

PIS 0,65% R\$ 107,04

CSLL 1,00% R\$ 164,68

IRRF 1,50% R\$ 247,02

LÍQUIDO R\$ 15.454,98

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---|---------------------------------|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | |  | |
| | Data de Emissão 29/05/2018 10:10:40 | Número da Nota 000045 | | Incentivo Fiscal Não Optante |
| | Código de autenticação da NFS-e: doicmtbcfxw8s4 | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|---|---------------------------------|
| CPF/CNPJ.: 26873981000175 Razão Social/Nome: N C DROGUETTI CLINICA MEDICA Endereço: DAS FAIAS Nº 86 Bairro: CID JARDIM Complemento: Município: CARAGUATATUBA U.F.: SP CEP.: 11664170 Tel.: | Inscr./Munic.: 000023040 |
|---|---------------------------------|

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| |
|--|
| Documento: 50.320.605/0001-38 Inscr./Estadual: Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Número: 15 Bairro: CENTRO Complemento: CEP.: 11.630-000 Cidade: ILHABELA / SP E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br País: BRASIL |
|--|

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| |
|---|
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Número: 15 Bairro: CENTRO Complemento: CEP: 11.630-000 Cidade: ILHABELA / SP País: BRASIL |
|---|

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Médicos prestados pela Dra Natalia Colombo Drogueti, referente ao período de 11/04/2018 à 10/05/2018). Competência 05/2018
 DESCONTO CONFORME LEI 13.137/2015 4,65% R\$ 765,75
 RETENÇÃO IRRF 1,5% R\$ 247,02

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

Atividade: 401 - Medicina e biomedicina.....

Alíquota da Atividade: 2,00%

Valor Bruto da Nota: R\$ 16.467,75

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido |
|------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|---------------------------|---------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 247,02 | R\$ 164,68 | R\$ 494,03 | R\$ 107,04 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| | | | |
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 16.467,75 | R\$ 329,36 | R\$ 15.454,98 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaraguatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICÍPIO

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 3334 / 003 / 00000707-1 |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | CLINICA ISIS S/S LTDA. - ME |
| Valor: | R\$ 23.409,31 |
| Identificação da operação: | CLINICA ISIS SS LTDA ME |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 30/05/2018 10:19:00 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00135049 |
| Chave de segurança: | UEUX0SNV52QF8T2T |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
 CNPJ: 50.320.605/0001-38
 TEL: (12) 3896-5766
 EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CLINICA ISIS S/S LTDA - ME
 CNPJ: 08.773.465/0001-97

| | |
|---------------|------------------------------|
| COMP: 05/2018 | PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18 |
|---------------|------------------------------|

DRA. JANETE M. PERES

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---|------|--------------|----------------------|
| AIH (Cirurgias conforme tabela SUS) | | | R\$ 1.258,04 |
| Ambulatório 80 horas (Confome Contrato) | 80 | R\$ 127,20 | R\$ 10.176,00 |
| Parto Normal | | | R\$ 176,00 |
| Plantão Ginecologia Hora | | R\$ 69,44 | R\$ - |
| Plantão Ginecologia (Conforme Contrato) | 8 | R\$ 1.666,66 | R\$ 13.333,28 |
| TOTAL BRUTO | | | R\$ 24.943,32 |
| COFINS 3,00% | | | R\$ 748,30 |
| PIS 0,65% | | | R\$ 162,13 |
| CSLL 1,00% | | | R\$ 249,43 |
| IRRF 1,50% | | | R\$ 374,15 |
| IMPOSTOS | | | R\$ 1.534,01 |
| LÍQUIDO | | | R\$ 23.409,31 |

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA
00608

DATA DA EMISSÃO
29-05-2018 10:15:29
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
0D98E3060

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
CLINICA ISIS S/S LTDA - ME
ENDEREÇO:
COQUEIROS DOIS, 134 - PEREQUE
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
08.773.465/0001-97
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5077

INSC.MUNICIPAL:
08754
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
janetemperes@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:
() SIM (x) NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS DE 11.04.2018 A 10.05.2018

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 24.943,32 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| PIS..... R\$ 162,13 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 24.943,32 |
| COFINS..... R\$ 748,30 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 374,15 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 1.534,01 |
| CSLL..... R\$ 249,43 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 498,87 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 23.409,31 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 3334 / 003 / 00000707-1 |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Nome destinatário: | CLINICA ISIS S/S LTDA. - ME |
| Valor: | R\$ 5.097,93 |
| Identificação da operação: | CLINICA ISIS SS LTDA ME |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 30/05/2018 10:19:30 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00135502 |
| Chave de segurança: | KEAGVHT3C63MU32V |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

CLINICA ISIS S/S LTDA - ME

CNPJ: 08.773.465/0001-97

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DRA. SONIA TOLEDANO

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|-------------------------------------|------|--------------|--------------|
| Plantão Diurno (Hora) | | R\$ 93,63 | R\$ - |
| Plantão Diurno (Plantão) | 4 | R\$ 1.123,50 | R\$ 4.494,00 |
| Plantão Final de Semana (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | | R\$ 117,08 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 134 | R\$ 7,00 | R\$ 938,00 |
| Sala de Parto | | R\$ 66,00 | R\$ - |

TOTAL BRUTO R\$ 5.432,00

IMPOSTOS R\$ 334,07

COFINS 3,00% R\$ 162,96

PIS 0,65% R\$ 35,31

CSLL 1,00% R\$ 54,32

IRRF 1,50% R\$ 81,48

LÍQUIDO R\$ 5.097,93

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00607

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 10:10:37

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

6B3355B35

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
CLINICA ISIS S/S LTDA - ME
ENDEREÇO:
COQUEIROS DOIS, 134 - PEREQUE
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
08.773.465/0001-97
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5077

INSC.MUNICIPAL:
08754
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
janetemperes@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:
() SIM (x) NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br
INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS DE 11.04.2018 A 10.05.2018

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 5.432,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| PIS..... R\$ 35,31 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 5.432,00 |
| COFINS..... R\$ 162,96 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 81,48 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 334,07 |
| CSLL..... R\$ 54,32 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 108,64 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 5.097,93 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 3334 / 003 / 00001297-0 |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Nome destinatário: | BEIA MED - SERVICOS MEDICOS LTDA |
| Valor: | R\$ 8.577,89 |
| Identificação da operação: | BEIA MED SERVICOS MEDICOS |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 30/05/2018 10:19:58 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00135965 |
| Chave de segurança: | UWPJS6JFMZJQZK96 |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

BEIA MED - SERVICOS MEDICOS LTDA - ME

CNPJ: 27.718.645/0001-10

COMP: 05/2018 PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|---|------|-------|--------------|
| DRA. CYBELE CARNEIRO PEREIRA | | | R\$ 9.140,00 |
| (Atendimento na UBS e Centro de Especialidades) | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------|-----|-----------------|
| | | | TOTAL BRUTO | R\$ | 9.140,00 |
| | | | IMPOSTOS | R\$ | 562,11 |
| | | | LÍQUIDO | R\$ | 8.577,89 |

COFINS 3,00% R\$ 274,20

PISS 0,65% R\$ 59,41

CSLL 1,00% R\$ 91,40

IRRF 1,50% R\$ 137,10

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA

00016

DATA DA EMISSÃO

29-05-2018 10:29:41

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

C37DFA724

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: BEJA MED - SERVICOS MEDICOS LTDA - ME
ENDEREÇO: BENEDITO RODRIGUES DOS SANTOS, 650 - COCAIA
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 27.718.645/0001-10
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5778
INSC.MUNICIPAL: 10145
CEP: 11.630-000
E-MAIL: bnascimento.contabil@gmail.com
SIMPLES NACIONAL: () SIM (x) NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5566
INSC.MUNICIPAL: 883
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

4.01 - Medicina e biomedicina.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS REF. 11/04/18 A 10/05/18

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 9.140,00 |
|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| PIS..... R\$ 59,41 | Alíquota DO ISS 2,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 9.140,00 |
| COFINS..... R\$ 274,20 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 137,10 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 562,11 |
| CSLL..... R\$ 91,40 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 182,80 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 8.577,89 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PAGAMENTO AUTORIZADO A PRESTADOR DE SERVIÇOS CONFORME CONVENIO AUTORIZADO PELA LEI 056/2001 DRa CYBELE, NF. EMITIDA CONFORME ESPELHO DE NOTA FISCAL SANTA CASA DE ILHABELA

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 0937 / 003 / 00001937-1 |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Nome destinatário: | PRO MED SERVICOS MEDICOS LTDA ME |
| Valor: | R\$ 31.236,28 |
| Identificação da operação: | PRO MED SERVICOS MEDICOS |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 30/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 30/05/2018 10:21:09 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00137186 |
| Chave de segurança: | S6FNYTWG0X43F84R |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ: 50.320.605/0001-38

TEL: (12) 3896-5766

EMAIL: financeiro@santacasailhabela.org.br

PRO-MED SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME

CNPJ: 14.790.312/0001-50

COMP: 05/2018

PERÍODO: 11/04/18 A 10/05/18

DR. SERGIO SILVA FERNANDES

| DESCRIÇÃO | QTD. | VALOR | TOTAL |
|--|------|--------------|---------------|
| Chefe de Plantão Diurno (Hora) | 6 | R\$ 124,52 | R\$ 747,13 |
| Chefe de Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.494,26 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Hora) | 24 | R\$ 166,25 | R\$ 3.990,00 |
| Chefe de Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.995,00 | R\$ - |
| Chefe de Plantão Noturno (Hora) | 72 | R\$ 155,72 | R\$ 11.211,90 |
| Chefe de Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.868,65 | R\$ - |
| Cobertura a Distância / HORA | | R\$ 31,21 | R\$ - |
| Cobertura Presencial / HORA | | R\$ 93,63 | R\$ - |
| Plantão Diurno (Hora) | 6 | R\$ 93,63 | R\$ 561,75 |
| Plantão Diurno (Plantão) | | R\$ 1.123,50 | R\$ - |
| Plantão Final de Semana (Hora) | 36 | R\$ 125,00 | R\$ 4.500,00 |
| Plantão Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.500,00 | R\$ - |
| Plantão Noturno (Hora) | 6 | R\$ 117,08 | R\$ 702,50 |
| Plantão Noturno (Plantão) | | R\$ 1.405,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Hora) | | R\$ 125,00 | R\$ - |
| Plantão UTI (Plantão) | 5 | R\$ 1.500,00 | R\$ 7.500,00 |
| Plantão UTI Final de Semana (Hora) | | R\$ 150,00 | R\$ - |
| Plantão UTI Final de Semana (Plantão) | | R\$ 1.800,00 | R\$ - |
| Produção (por ficha de atendimento) | 289 | R\$ 7,00 | R\$ 2.023,00 |
| Visita | | R\$ 168,63 | R\$ - |


TOTAL BRUTO R\$ 31.236,28

IMPOSTOS R\$ -

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

LÍQUIDO R\$ 31.236,28

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|--|---|
|  <p>MUNICÍPIO DE JANAÚBA SETOR DE TRIBUTAÇÃO (38) 3821-4009 - http://sistema.sintsetecnologia.com.br/NFEWeb/verificar?Param=Janauba</p> <p>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e</p> | Número da NFS-e/Ano 243/2018 |
| | Data de Emissao Tributado outro Município 29/05/2018 11.00 Não |
| | Código Verificador 11LJY4PBXD1X |

| PRESTADORES DE SERVIÇO | |
|--|--|
| PRO-MED SERVICOS MEDICOS LTDA ME AVN DO COMERCIO, 377, SALA 04 CEP: 39440000, BAIRRO: CENTRO MUNICIPIO: JANAÚBA-MG | CNPJ / CPF: 14790312000150 Insc. Est.: Insc. Mun.: 82667852 Telefone: Email: |

| TOMADOR DO SERVIÇO | | |
|--|----------------------|--|
| Nome / Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHA BELA | | |
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, | | |
| Bairro: CENTRO | Tel. | MUNICIPIO DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO JANAÚBA/MG |
| Município: SÃO SEBASTIÃO | UF: SP CEP: 11630000 | |
| CNPJ/CPF: 50320605000138 | Insc. Est. | Insc. Mun. null |

| INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO | | |
|---------------------------|------------------|------------------|
| Nome / Razão Social ***** | CNPJ / CPF ***** | Insc. Mun. ***** |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | V. UNIT. | QTD. | TOTAL | ALI. | IMPOSTO | RETIDO |
|--|-----------|------|-----------|------|---------|--------|
| Chefe de Plantão Diurno (Hora): 6 X R\$ 124,52 = R\$ 747,13 Chefe de Plantão Final de Semana (Hora): 24 X R\$ 166,25 = R\$ 3.990,00 Chefe de Plantão Noturno (Hora): 72 X R\$ 155,72 = R\$ 11.211,90 Plantão Diurno (Hora): 6 X R\$ 93,63 = R\$ 561,75 Plantão Final de Semana (Hora): 36 X R\$ 125,00 = R\$ 4.500,00 Plantão Noturno (Hora): 6 X R\$ 117,08 = R\$ 702,50 Plantão UTI (Plantão): 5 X R\$ 1.500,00 = R\$ 7.500,00 Produção (por ficha de atendimento): 289 X R\$ 7,00 = R\$ 2.023,00 | 31.236,28 | 1,00 | 31.236,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | |
|--------------------|-------------|-------------------|----------|-----------|------------------|-----------------|
| Base Cálculo ISSQN | ISSQN | ISSQN Retido | Deduções | Descontos | CSLL | |
| 31.236,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| INSS Retido | IRRF Retido | SEST/SENAT Retido | PIS | COFINS | Outras Retenções | Total Retenções |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Valor Bruto: 31.236,28 **Valor Líquido: 31.236,28**

Info. Adic.

Consulta realizada em 29/05/2018 às Para consultar a autenticidade, acesse: <http://sistema.sintsetecnologia.com.br/NFEWeb/verificar?>

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| Recebi (emos) de PRO-MED SERVICOS MEDICOS LTDA ME os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. ____ / ____ / ____ | 243/2018 Nº da NFS-e/Ano do exercício 11LJY4PBXD1X Competência 2018/05 | Número de Controle do Município |
|---|--|------------------------------------|

GRUPO:
SERVIÇOS MÉDICOS

SUBGRUPO:
SERVIÇOS MÉDICOS
EXTERNOS

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

MAIO / 2018



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |



| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 1741 / 130400-3 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA SANTA MARTA LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 55.554.570/0001-15 |
| Valor: | R\$ 1.173,13 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CLINICA SANTA MARTA |
| Histórico: | NF 1816 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 04/05/2018 - 11:59:08 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00155112 |
| Chave de segurança: | HM1XXSWEG1H5AE7T |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------|---|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | |  |
| | Data de Emissão 23/04/2018 10:21:54 | Número da Nota 001816 | Incentivo Fiscal Não Optante | |
| | Código de autenticação da NFSe: ga3e4scqwnk8kc | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|--|--|
| CPF/CNPJ.: 55554570000115 Razão Social/Nome: CLINICA SANTA MARTA LTDA - EPP Endereço: PRESIDENTE CASTELO BRANCO Complemento: Município: CARAGUATATUBA | Inscr./Munic.: 000007172 Nº 238 Bairro: SUMARE U.F.: SP CEP.: 11661300 Tel.: |
|--|--|

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|---|
| Documento: 50.320.605/0001-38 Inscr./Estadual: Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Bairro: CENTRO CEP.: 11.630-000 E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br | Número: 15 Complemento: Cidade: ILHABELA / SP País: BRASIL |
|---|---|

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| | |
|---|---|
| Endereço: PRESIDENTE CASTELO BRANCO Bairro: SUMARE CEP: 11661300 | Número: 238 Complemento: Cidade: CARAGUATATUBA / SP País: Brasil |
|---|---|

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

SERVICOS PRESTADOS ECOCARDIOGRAMA

Atividade: 403 - Hospitais, clinicas, laboratorios, sanatorios, manicomios, c

Alíquota da Atividade: 2,00%

Valor Bruto da Nota: R\$ 1.250,00

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido |
|------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 18,75 | R\$ 12,50 | R\$ 37,50 | R\$ 8,12 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|--|-----------------|--------------|-----------------------|
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | |
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 1.250,00 | R\$ 25,00 | R\$ 1.173,13 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaragatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICIPIO

financeiro@santacasailhabela.org.br

De: Dr. Renato Rios Correa <renatorios_cardio@hotmail.com>
Enviado em: segunda-feira, 23 de abril de 2018 11:30
Para: financeiro@santacasailhabela.org.br
Assunto: Nota Exames de Ecocardiograma
Anexos: Hosp-Ilhabela-23-04.pdf

Bom dia, Rafael

Segue nota dos exames realizados:

17/04 Jonathan Baltazar R\$ 250,00
18/04 Otavio Paulino R\$ 250,00
19/04 Gilberto Pereira R\$ 250,00
19/04 Angelica Aparecida R\$ 250,00
20/04 Lucineia Cordeiro R\$ 250,00

Total R\$ 1.250,00

Att

Bruna



Clínica Santa Marta

CARDIOLOGIA

(12) 38822744 - (12) 38831577

FAVOR CONFIRMAR O RECEBIMENTO DESTES EMAIL

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 1741 / 130400-3 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA SANTA MARTA LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 55.554.570/0001-15 |
| Valor: | R\$ 938,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CLINICA SANTA MARTA |
| Histórico: | NF 1847 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 04/05/2018 - 12:00:55 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00155476 |
| Chave de segurança: | PGSMZM20LENFA42X |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------|---|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | |  |
| | Data de Emissão 27/04/2018 09:40:49 | Número da Nota 001847 | Incentivo Fiscal Não Optante | |
| | Código de autenticação da NFS-e: ga3mm0y4jo08so | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|---|-------------------------------|
| CPF/CNPJ.: 55554570000115 | Inscr./Munic.: 000007172 |
| Razão Social/Nome: CLINICA SANTA MARTA LTDA - EPP | |
| Endereço: PRESIDENTE CASTELO BRANCO | Nº 238 Bairro: SUMARE |
| Complemento: | |
| Município: CARAGUATATUBA | U.F.: SP CEP.: 11661300 Tel.: |

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|-----------------------|
| Documento: 50.320.605/0001-38 | Inscr./Estadual: |
| Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | |
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK | Número: 15 |
| Bairro: CENTRO | Complemento: |
| CEP.: 11.630-000 | Cidade: ILHABELA / SP |
| E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br | Pais: BRASIL |

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Endereço: PRESIDENTE CASTELO BRANCO | Número: 238 |
| Bairro: SUMARE | Complemento: |
| CEP: 11661300 | Cidade: CARAGUATATUBA / SP |
| | Pais: Brasil |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

SERVICOS PRESTADOS ECOARDIOGRAMA DOPPLER

Atividade: 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, c

Alíquota da Atividade: 2,00%

Valor Bruto da Nota: R\$ 1.000,00

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido |
|------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 15,00 | R\$ 10,00 | R\$ 30,00 | R\$ 6,50 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|--|-----------------|--------------|-----------------------|
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | |
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 938,50 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaraguatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICIPIO

financeiro@santacasailhabela.org.br

De: Dr. Renato Rios Correa <renatorios_cardio@hotmail.com>
Enviado em: sexta-feira, 27 de abril de 2018 10:26
Para: financeiro@santacasailhabela.org.br
Assunto: Nota Fiscal Ecocardiograma
Anexos: hosp-Ilhabela-27-04.pdf

Bom dia, Rafael

Segue nota dos exames realizados:

23/04/18 JOSE PEREIRA COELHO R\$ 250,00
24/04/18 MARIA DE MATOS RIBEIRO R\$ 250,00
26/04 BENEDITA EUGENIA R\$ 250,00
26/04 IRIS DALVA R\$ 250,00

TOTAL R\$ 1000,00

Att

Bruna



Clínica Santa Marta

CARDIOLOGIA

(12) 38822744 - (12) 38831577

FAVOR CONFIRMAR O RECEBIMENTO DESTA EMAIL

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 715 / 109764-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JOSE AUGUSTO MONTEIRO ME |
| CPF/CNPJ: | 12.083.482/0001-70 |
| Valor: | R\$ 2.800,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | JOSE AUGUSTO HIPERBARICA |
| Histórico: | NF 54 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 04/05/2018 - 12:06:24 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00156713 |
| Chave de segurança: | TWUTNKYNYACLNXV8 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00054

DATA DA EMISSÃO
30/04/2018 10:14:33
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
B09FF61B0

SÃO SEBASTIÃO



SP - BRASIL

SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 30/04/2018 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
JOSE AUGUSTO MONTEIRO - ME
ENDEREÇO:
RUA JOÃO BAPTISTA FERNANDES, 171 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
12.083.482/0001-70
MUNICÍPIO:
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL
TELEFONE:
(12) 3892-1914

INSC.MUNICIPAL:
22457
CEP:
11.608-539
E-MAIL:
ccontabilassessoria@bol.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
REGIME ESPECIAL:
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
RUA PADRE BONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-9221

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
servico.saude@ilhabela.sp.gov.br

PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/02-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

HONORÁRIOS MÉDICOS REFERENTES À CONSULTA, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM TERAPIA HIPERBÁRICA PARA PACIENTE ADENILDO HENRIQUE DO NASCIMENTO, 10 (DEZ) SESSÕES

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 2.800,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS..... 3,20 % | Base de Cálculo..... | R\$ 2.800,00 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 89,60 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 2.800,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



MEDICINA
HIPERBÁRICA



Controle da frequência de paciente em tratamento hiperbárico com oxigênio

Confirmando que estive presente na Clínica de Medicina Hiperbárica São Sebastião e Litoral Norte para realização de tratamento hiperbárico nos dias abaixo assinados:

Adenildo Henrique dos Nascimento Adenildo Paciente ou acompanhante

Data: 25/01/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 20/02/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 22/02/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 08/03/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 20/03/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 22/03/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 03/04/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 05/04/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 17/04/2018

Assinatura: Adenildo

Data: 19/04/2018

Assinatura: Adenildo

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

51-60
passos

10 sessões

Adenildo

Rua João Batista Fernandes 111, São Sebastião, Fone 12 38921914

19/04/2018

Dr. José Augusto Montez
CRM 69927



Instituto de Nefrologia, Hipertensão Arterial e Diálise

Dr. Ademildo Henrique do
Nascimento é portador de Doença
Renal Crônica por Nefrosclerose
Hipertensiva e está evoluindo com
ultra-oltrafiltração com
ultra-oltrafiltração com
20 (vinte) sessões de terapia
superbólica.

Dr Ivanir F. Freitas Jr
CRM 66974
Clínica Médica / Nefrologia

Ivanir

03/19/17

Rua dos Ipês, 475 - Cidade Jardim - CEP 11664-270 - Caraguatatuba - SP
Telefone: 12 3883-1477

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |


| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 368 / 68295-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | GARCIA E MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 08.935.468/0001-80 |
| Valor: | R\$ 89.302,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | GARCIA E MARQUES |
| Histórico: | NF 500 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 08/05/2018 - 12:15:41 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00164692 |
| Chave de segurança: | XJHC7ZFE05ELWWTL |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------------------|-----------------|
|  PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20180508u11277574820 | Número da Nota 00000500 | | | |
| | Data e Hora de Emissão 08/05/2018 09:57:05 | | | |
| | Código de Verificação FZAD-I52U | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: 08.935.468/0001-80 Inscrição Municipal: 3.656.116-9 Nome/Razão Social: GARCIA & MARQUES SERVICOS MEDICOS LTDA Endereço: R OSIRIS MAGALHAES DE ALMEIDA 00665, AP 54 - JARDIM MONTE KEMEL - CEP: 05634-020 Município: São Paulo UF: SP | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 Inscrição Municipal: ---- Endereço: Rua R.P. BRONISLAU CHERECK 15 - CENTRO - CEP: 11630-000 Município: Ilhabela UF: SP E-mail: APOIO.LABSANTACASA@HOTMAIL.COM | | | | |
| INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS | | | | |
| CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ---- | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| Serviços Médicos Prestados. Valor Bruto: R\$95.154,50 Impostos Retidos IR 1,5%: R\$1.427,32 PIS/COFINS/CSLL 4,65%: R\$4.424,68 Valor Líquido: R\$89.302,50 | | | | |
| Valor Aproximado dos Tributos Conforme Lei 12.741/12 | | | | |
| VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 95.154,50 | | | | |
| INSS (R\$) | IRRF (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| - | 1.427,32 | 951,55 | 2.854,64 | 618,50 |
| Código do Serviço | | | | |
| 04030 - Medicina e biomedicina. | | | | |
| Valor Total das Deduções (R\$) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Crédito (R\$) |
| 0,00 | 95.154,50 | 2,00% | 1.903,09 | 0,00 |
| Município da Prestação do Serviço | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte | | |
| - | - | R\$ 12.684,09 (13,33%) | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | |
| (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2018; | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 6774 / 23901-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | INEHDI INSTITUTO DE NEFROLOGIA |
| CPF/CNPJ: | 04.666.985/0002-20 |
| Valor: | R\$ 8.367,26 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | INEHDI INSTITUTO DE NEFRO |
| Histórico: | NF 00128 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 09/05/2018 - 11:08:00 |
|---------------------------------|-----------------------|


| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00135801 |
| Chave de segurança: | 2Q9ARSAMHY30LX8J |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------|---|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | |  |
| | Data de Emissão 06/04/2018 13:52:27 | Número da Nota 000128 | Incentivo Fiscal Não Optante | |
| | Código de autenticação da NFSe: d8lcp53u1bkso4 | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | | |
|---|---|---------------------------|
|  | CPF/CNPJ.: 04666985000220 | Inscr./Munic.: 000022749 |
| | Razão Social/Nome: INEHI - INSTITUTO DE NEFROLOGIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIALISE S/C LTDA - | |
| | Endereço: DOS IPES | Nº 475 Bairro: CID JARDIM |
| | Complemento: | |
| Município: CARAGUATUBA | U.F.: SP CEP.: 11664270 | Tel.: |

EPP

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| | |
|---|-----------------------|
| Documento: 50.320.605/0001-38 | |
| Inscr./Estadual: | |
| Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | |
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK | Número: 15 |
| Bairro: CENTRO | Complemento: |
| CEP.: 11.630-000 | Cidade: ILHABELA / SP |
| E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br | País: BRASIL |

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK | Número: 15 |
| Bairro: CENTRO | Complemento: |
| CEP: 11.630-000 | Cidade: ILHABELA / SP |
| | País: BRASIL |

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS PRESTADO EM HEMODIÁLISE MARÇO/2018

Atividade: 400 - Servicos de saude, assistencia medica e congengeres.

Aliquota da Atividade: 2,00%

Valor Bruto da Nota: R\$ 8.367,26

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSLL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido |
|------------------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|---------------------------|---------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 125,51 | R\$ 83,67 | R\$ 251,02 | R\$ 54,39 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|--|-----------------|--------------|-----------------------|
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | |
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 8.367,26 | R\$ 167,35 | R\$ 7.852,67 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

| |
|---|
| - Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: http://www.nfecaraguatuba.com.br/validacao.php - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICIPIO |
|---|

Caraguatatuba, 06 de abril de 2018.

À Santa Casa de Ilhabela

A/C: Departamento Financeiro.



Segue a relação de sessões de Hemodiálises realizadas em UTI pela empresa INEEDI no mês de março/2018

| FATURAMENTO H.ILHABELA - UTI -MARÇO 2017 | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------|-------|-------|----------|--------------|
| FECHAMENTO DE 01/03 a 31/03/2018 | | | | | | |
| Nº | PACIENTE | DATA | SETOR | LEITO | CONVÊNIO | VALOR |
| 1 | Maria Alves Vieira | 01/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 600,00 |
| 2 | Maria Alves Vieira | 02/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 600,00 |
| 3 | João Vassalo | 07/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 600,00 |
| 4 | Claudinei Ferreira Baltazar | 17/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 600,00 |
| 5 | Claudinei Ferreira Baltazar | 19/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| 6 | Claudinei Ferreira Baltazar | 21/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| 7 | Claudinei Ferreira Baltazar | 23/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| 8 | Claudinei Ferreira Baltazar | 25/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| 9 | Claudinei Ferreira Baltazar | 28/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| 10 | Claudinei Ferreira Baltazar | 30/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| 11 | Claudinei Ferreira Baltazar | 31/03/18 | UTI | | SUS | R\$ 300,00 |
| | | | | | | R\$ 4.500,00 |

| Implante de Permcath | | | | Código Tab.SUS | |
|----------------------|--|----------|-----|----------------|--------------|
| 1 | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA P/ HEMODIALISE | | | R\$ 200,00 | 418010048 |
| 1 | CATETER DE LONGA PERMANENCIA P/ HEMODIALISE | | | R\$ 482,34 | 702100013 |
| 12 | HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU | | | R\$ 265,41 | 305010115 |
| 1 | Maria Alves Vieira | 05/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 2 | Maria Alves Vieira | 07/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 3 | Maria Alves Vieira | 09/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 4 | Maria Alves Vieira | 12/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 5 | Maria Alves Vieira | 14/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 6 | Maria Alves Vieira | 16/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 7 | Maria Alves Vieira | 19/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 8 | Maria Alves Vieira | 21/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 9 | Maria Alves Vieira | 23/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 10 | Maria Alves Vieira | 26/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 11 | Maria Alves Vieira | 28/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| 12 | Maria Alves Vieira | 30/03/18 | UTI | SUS | R\$ 265,41 |
| | Cateter de longa permanencia p/HD | 06/03/18 | | | R\$ 482,34 |
| | Implante Cateter de longa perman. | 06/03/18 | | | R\$ 200,00 |
| | | | | | R\$ 3.867,26 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

TOTAL

R\$ 8.367,26

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 715 / 109764-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JOSE AUGUSTO MONTEIRO ME |
| CPF/CNPJ: | 12.083.482/0001-70 |
| Valor: | R\$ 2.800,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | JOSE AUGUSTO HIPERBARICA |
| Histórico: | NF 55 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 11:15:28 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00138675 |
| Chave de segurança: | C9HHKMFR5Q27MU5N |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00055

DATA DA EMISSÃO

30/04/2018 10:17:53

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

42999BD53



SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 30/04/2018 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

JOSE AUGUSTO MONTEIRO - ME

ENDEREÇO:

RUA JOÃO BAPTISTA FERNANDES, 171 - CENTRO

COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:

12.083.482/0001-70

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-1914

INSC.MUNICIPAL:

22457

CEP:

11.608-539

E-MAIL:

ccontabilassessoria@bol.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-9221

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

servico.saude@ilhabela.sp.gov.br

INSC.MUNICIPAL:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/02-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

HONORÁRIOS MÉDICOS REFERENTES À CONSULTA, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM TERAPIA HIPERBÁRICA PARA PACIENTE JOÃO PEREIRA SOARES, 10 (DEZ) SESSÕES.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 2.800,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS 3,20 % | Base de Cálculo..... | R\$ 2.800,00 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 89,60 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 2.800,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



Instituto de Nefrologia, Hipertensão Arterial e Diálise

Solicitado 20 (vinte) sessões de
câmara hiperbárica para o
Sr. João Pereira que apresenta
quadro de Diabetes Mellitus
Doença Renal Crônica por
Nefropatia Dialítica e
úlceras plantares no pé esquerdo
com infecção secundária.

Dr Ivanir F. Freitas Jr.
CRM 66974
Clínica Médica / Nefrologia

Ivanir

10/11/17

Rua dos Ipês, 475 - Cidade Jardim - CEP 11664-270 - Caraguatatuba - SP
Telefone: 12 3883-1477

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MEDICINA
HIPERBÁRICA

JOÃO PEREIRA SOARES



Controle da frequência de paciente em tratamento hiperbárico com oxigênio

Confirmo que estive presente na Clínica de Medicina Hiperbárica São Sebastião e Litoral Norte para realização de tratamento hiperbárico nos dias abaixo assinados:

Paciente ou acompanhante

Data: 08/02/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 20/02/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 22/02/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 06/03/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 08/03/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 20/03/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 22/03/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 03/04/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 05/04/2018

Assinatura: João Pereira Soares

Data: 17/04/18

Assinatura: João Pereira Soares

1.120 surtos

10 policia

17/04/18

João Pereira Soares

Dr. José Augusto Monteiro

CRM 66927

Rua João Batista Fernandes 121, São Sebastião, Fone 12 38921914

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

 Gmail

Administrativo Hiperbárica São Sebastião <admhiperbaricass@gmail.com>

Fwd: 20 sessões de Camara hiperbárica

1 mensagem

jose monteiro <monteirojoseaugusto@gmail.com>

13 de dezembro de 2017 09:59

Para: Administrativo Hiperbárica São Sebastião <admhiperbaricass@gmail.com>

—— Mensagem encaminhada ——

De: <regulacao.saude@ilhabela.sp.gov.br>

Data: 13 de dezembro de 2017 09:07

Assunto: Re: 20 sessões de Camara hiperbárica

Para: jose monteiro <monteirojoseaugusto@gmail.com>

Bom dia!!

Segue prescrição médica.

Att

Silvia cristina Benedicto

Assistente Social

CRESS 28087

Regulação

Em 13.12.2017 08:42, jose monteiro escreveu:

Bom dia Silvia Cristina, e-mail recebido.
Teria uma cópia do pedido médico ?
Providenciarei o atendimento ainda hoje.
Obrigado.

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Em 12 de dezembro de 2017 14:10, <regulacao.saude@ilhabela.sp.gov.br> escreveu:

Boa tarde Dr. José Augusto!! Boa tarde Mário (finanças que lê em cópia)

Conforma prescrição médica (anexo) solicito atender o paciente **João Pereira Soares**, com 20 sessões de Câmara Hiperbárica .

processo de Ajuda de Custo: 18257-8/2017 - Câmara Hiperbárica

Contato paciente: 3895-1209

(12) 98191-7283 (filho Renato)

Mario, segue para sua ciência.

Aguardo retorno.

Att

Silvia Cristina Benedicto

Assistente social

CRESS 28087

regulação/Saúde/Ilhabela

--
José Augusto Monteiro

--
José Augusto Monteiro

 João Pereira Soares - Câmara hiperbárica.pdf
259K

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 715 / 109764-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JOSE AUGUSTO MONTEIRO ME |
| CPF/CNPJ: | 12.083.482/0001-70 |
| Valor: | R\$ 1.120,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | JOSE AUGUSTO HIPERBARICA |
| Histórico: | NF 56 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 11:20:49 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130310 |
| Chave de segurança: | CJAVFCQX7UJ4JPRL |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00056

DATA DA EMISSÃO
30/04/2018 10:21:19
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
31519C36A

SÃO SEBASTIÃO



SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 30/04/2018 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
JOSE AUGUSTO MONTEIRO - ME
ENDEREÇO:
RUA JOÃO BAPTISTA FERNANDES, 171 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
12.083.482/0001-70
MUNICÍPIO:
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL
TELEFONE:
(12) 3892-1914

INSC.MUNICIPAL:
22457
CEP:
11.608-539
E-MAIL:
ccontabilassessoria@bol.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
REGIME ESPECIAL:
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
RUA PADRE BONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-9221

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
servico.saude@ilhabela.sp.gov.br

INSC.MUNICIPAL:

PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8630-5/02-00 | 4.03 | ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

HONORÁRIOS MÉDICOS REFERENTES À CONSULTA, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO EM TERAPIA HIPERBÁRICA PARA PACIENTE MARÇAL BORGES DUARTE, 04 (QUATRO) SESSÕES.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 1.120,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS 3,20 % | Base de Cálculo..... | R\$ 1.120,00 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 35,84 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 1.120,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



JUSTIFICATIVA DE EXAME PARA PACIENTES ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Paciente: SR MARCAL DUARTE BORGES

Idade: 71 Sexo: MASC.

Data: 29/12/17

Tipo de Exame: CAMARA HIPERBARICA

Com Contraste ()

Sem contraste ()

JUSTIFICATIVA CLINICA/ HD:

Paciente q/ história de TCE GRAVE há 05 meses; internação prolongada inclusive em UTI; desenvolveu extensa ULCERA PRESSÃO REGIÃO SACRAL q/ NECROSE, QUE APRESENTA EVOLUÇÃO FAVORAVEL APÓS REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ACIMA.

Elaine Firmino da Silva
Assistente Social
CRESS 58.696
Programa Melhor em Casa
Assistente Social

Fatima Ap. Castro Simões
Enfermeira Melhor em Casa
COREN 60.613
Enfermeiro (a)

Dr. Orlando Maia Junior
CRM 44447
Médico Melhor em Casa
Médico solicitante

Direção Técnica- Autorização

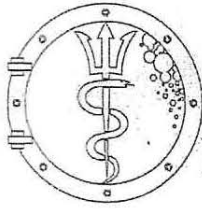
Luiz Mario de Almeida Matrazzo
Diretor de Planejamento e Finanças
Secretaria Municipal de Saúde

LOCAL EXAME/DATA: _____

INTERCORRÊNCIAS: _____

29/12/17

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MEDICINA
HIPERBÁRICA



Controle da frequência de paciente em tratamento hiperbárico com oxigênio

Confirmando que estive presente na Clínica de Medicina Hiperbárica São Sebastião e Litoral Norte para realização de tratamento hiperbárico nos dias abaixo assinados:

Paciente ou acompanhante

Data: 08/03/2018

Assinatura:

Sandra Duarte (aparece)

Data: 09/01/2018

Assinatura:

Sandra Duarte (aparece)

Data: 19/01/2018

Assinatura:

[Signature]

Data: 19/03/2018

Assinatura:

Sandra Duarte (aparece)

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

*11:20 -> 15:00
05:00 -> 08:00
08:00 -> 12:00*

04 sessões

[Signature]

Rua João Batista Fernandes 171, São Sebastião, Fone 12 38921914

Dr. José Augusto Monteiro
CRM 69927

29/04/2018

06/01/2018

Gmail - Agendamento de Sessão de Câmara Hiperbarica



Administrativo Hiperbárica São Sebastião <admhiperbaricass@gmail.com>

Agendamento de Sessão de Câmara Hiperbarica

2 mensagens

Programa Melhor em Casa <melhoremcasa.saude@ilhabela.sp.gov.br>

2 de janeiro de 2018 11:26

Para: A/C Jéssica / <admhiperbaricass@gmail.com>

Bom dia Jéssica!

Conforme contato telefônico segue anexo os documentos para o agendamento das (05) cinco sessões de Câmara Hiperbárica do paciente Sr. Marçal Duarte Borges.

Att.

Elaine Firmino da Silva
Assistente Social
CRESS 58696

—
Programa Melhor em Casa
Secretaria Municipal de Saúde de Ilhabela
Telefone: 12-3896-1535

3 anexos

 **SOLICITAÇÃO MARÇAL DUARTE BORGES.pdf**
356K

 **Autorização.docx**
13K

 **JUSTIFICATIVA MARÇAL DUARTE BORGES.pdf**
412K

Administrativo Hiperbárica São Sebastião <admhiperbaricass@gmail.com>

6 de janeiro de 2018 10:05

Para: Programa Melhor em Casa <melhoremcasa.saude@ilhabela.sp.gov.br>

Cco: jose monteiro <monteirojoseaugusto@gmail.com>, Dr^a Sônia Maria Monteiro <monteirosoniams@hotmail.com>

Bom dia,

conforme contato com a esposa do paciente Marçal Duarte Borges, segue horários

agendados :

08/01/2018 às 18:30h

09/01/2018 às 18:30h

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Por gentileza, confirmar o agendamento e a disponibilidade do transporte para o paciente nestas datas.

Att,.



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria Municipal da Saúde de Ilhabela



Receituário

UNIDADE: _____ MATRÍCULA: _____
NOME DO PACIENTE: _____
ENDEREÇO: Sollicitação

Sollicito e agradeço autorização
p/ Realização de CAMMRA
HIPERBÁRICA, 05 (cinco)
sessões, p/ paciente Sr.
MARÇAL DUARTE BORGES.

motivo: Extensa ÚLCERA SACRAL
+ SEQUELA NEUROLÓGICA DE TCE
sem mais.

Agradeço

DATA:

28/12/2017

Dr. Orlando Maia Junior
CRM: 44447
Médico Melhor em Casa

ASSINATURA

CARIMBO

O FUMO E O ALCOOL FAZEM MAL À SAÚDE

Luiz Mario de Almeida Matarazzo
Diretor de Planejamento e Finanças
Secretaria Municipal de Saúde

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 1741 / 130400-3 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CLINICA SANTA MARTA LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 55.554.570/0001-15 |
| Valor: | R\$ 1.173,13 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CLINICA SANTA MARTA |
| Histórico: | NF 1905 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 29/05/2018 - 10:23:36 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00121321 |
| Chave de segurança: | TK57A0GYP9NAURH9 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------|---|
|  | PREFEITURA DA EST. BAL. DE CARAGUATATUBA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | |  |
| | Data de Emissão 18/05/2018 08:08:30 | Número da Nota 001905 | Incentivo Fiscal Não Optante | |
| | Código de autenticação da NFSe: ga42h493cs0s08 | | | |

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

| | |
|--|---------------------------------|
| CPF/CNPJ.: 55554570000115 Razão Social/Nome: CLINICA SANTA MARTA LTDA - EPP Endereço: PRESIDENTE CASTELO BRANCO Nº 238 Bairro: SUMARE Complemento: Município: CARAGUATATUBA U.F.: SP CEP.: 11661300 Tel.: | Inscr./Munic.: 000007172 |
|--|---------------------------------|

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

| |
|--|
| Documento: 50.320.605/0001-38 Inscr./Estadual: Razão Social/Nome: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK Número: 15 Bairro: CENTRO Complemento: CEP.: 11.630-000 Cidade: ILHABELA / SP E-Mail: rh@santacasailhabela.org.br País: BRASIL |
|--|

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

| |
|---|
| Endereço: PRESIDENTE CASTELO BRANCO Número: 238 Bairro: SUMARE Complemento: CEP: 11661300 Cidade: CARAGUATATUBA / SP País: Brasil |
|---|

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

SERVICOS PRESTADOS DE ECOCARDIOGRAMA DOPPLER

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Atividade: 403 - Hospitais, clinicas, laboratorios, sanatorios, manicomios, c

Alíquota da Atividade: 2,00%

Valor Bruto da Nota: R\$ 1.250,00

| Desconto Incondicional | INSS | IRRF(R\$) | CSSL | COFINS | PIS/PASEP | Deduções Previstas em Lei | Dedução de Material | ISS Retido |
|------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|---------------------|---------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 18,75 | R\$ 12,50 | R\$ 37,50 | R\$ 8,12 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | ()SIM (X)NAO |

OBSERVAÇÕES

| | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| Valor Total de Deduções | Base de Cálculo | Valor do ISS | Valor Líquido da Nota |
| R\$ 0,00 | R\$ 1.250,00 | R\$ 25,00 | R\$ 1.173,13 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº303 de julho de 2015, para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: <http://www.nfecaraguatatuba.com.br/validacao.php>
 - NOTA DEVIDA PELO PRESTADOR NO MUNICIPIO

financeiro@santacasailhabela.org.br

De: Dr. Renato Rios Correa <renatorios_cardio@hotmail.com>
Enviado em: sexta-feira, 18 de maio de 2018 08:19
Para: financeiro@santacasailhabela.org.br
Assunto: Nota Fiscal Ecocardiograma
Anexos: Hosp.llhabela-18-05.pdf

Bom dia, Rafael

Segue Nota dos exames de ecocardiograma realizados:

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| 02/05 Izaete dos Reis ----- | R\$ 250,00 |
| 08/05 Arnaldo Cardoso ----- | R\$ 250,00 |
| 14/05 Maria de Jesus Santos ----- | R\$ 250,00 |
| 15/05 Ulbecio de O Silva----- | R\$ 250,00 |
| 17/05 Eli de Melo----- | R\$ 250,00 |
| | |
| Total----- | R\$ 1.250,00 |

Att

Bruna



Clínica Santa Marta

CARDIOLOGIA

(12) 38822744 - (12) 38831577

FAVOR CONFIRMAR O RECEBIMENTO DESTA EMAIL

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

GRUPO:

SERVIÇOS MÉDICOS

(Laboratório e Imagem)

MAIO / 2018



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.48408 28086.000149 60013.880202 6 75100007979449 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Código do ISPB: | 60746948 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | INSTITUTO HERMES PARDINI SA |
| Nome/Razão Social: | INSTITUTO HERMES PARDINI SA |
| CPF/CNPJ: | 19.378.769/0001-76 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0003-08 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 30/04/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 79.794,49 |
| Juros (R\$): | 111,66 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 79.906,15 |
| Valor Pago (R\$): | 79.906,15 |
| Identificação do Pagamento: | INSTITUTO HERMES PARDINI |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 17:54:39 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22799952 |
| Chave de segurança: | 5NW5VPYUMQFYXJSH |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Nota Fiscal Eletrônica

| | |
|---|--|
|  | INSTITUTO HERMES PARDINI S/A INSTITUTO HERMES PARDINI S/A CNPJ: 19.378.769/0053-05 Email:atendimento@labhpardini.com.br - Tel:(31) 3228-6200 |
| | NÚMERO DA NOTA FISCAL 2018/50715 |



Identificação na Nota Fiscal

| | | |
|-------------------------------|---------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO: SERVIÇO | DATA DE EMISSÃO | CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE |
| Tributação no município | 26/03/2018 14:50:29 | 7nt71sunfg7bn |
| NÚMERO RPS | SÉRIE DO RPS | DATA DE EMISSÃO DO RPS |
| 839652 | - | 26/03/2018 |

Consulte a autenticidade deste documento acessando o endereço: <http://10.1.254.13/nfse/index.php?ci=3171204>

Dados do Prestador

| | | | |
|--|---------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL | | NOME FANTASIA | |
| INSTITUTO HERMES PARDINI S/A | | INSTITUTO HERMES PARDINI S/A | |
| CNPJ | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | SIMPLES NACIONAL | E-MAIL |
| 19.378.769/0053-05 | 9014866 | Não optante | atendimento@labhpardini.com.br |
| INCENTIVADOR CULTURAL | | REGIME ESPECIAL DE TRIBUTAÇÃO | |
| Não | | Nenhum | |
| ENDEREÇO | | | |
| AVN DAS NAÇÕES, 2448, , DISTRITO INDUSTRIAL, Cep:33200000, VESPASIANO - MG, Tel:(31) 3228-6200 | | | |

Dados do Tomador

| | | | |
|--|---------------------|--------------------|--------------------------------|
| NOME | | | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | |
| CPF/CNPJ | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL | E-MAIL |
| 50.320.605/0003-08 | | | SANTACASA-ILHABELA@HOTMAIL.COM |
| ENDEREÇO | | | |
| R.SAO BENEDITO, 154, CENTRO - CEP 11.630-000 - ILHABELA - SP | | | |

Descrição dos Serviços

SERVICOS PRESTADOS DE ANALISES CLINICAS| Cond.Pagto.(Vencimento/Valor Liquido):30-04-2018 - R\$ 79.794,49 PERIODO DE FATURAMENTO: (MARCO / 2018) 24/02/2018 a 23/03/2018. CLIENTE: 15079 Cobranca Bancaria: Se o boleto nao chegar ate o vencimento favor contactar: (31) 3228-1800. O protesto e bloqueio ocorrem 10 (dez) dias apos o vencimento. Apos o vencimento, serao cobrados juros de 0,07% ao dia. Laboratorio: 15079

Outras Informações


| |
|-------------|
| OBSERVAÇÕES |
|-------------|

Retenções de Impostos

| | | | | | |
|-----------|-------------|---------|-------------|-----------|------------------|
| PIS | COFINS | INSS | IR | CSLL | OUTRAS RETENÇÕES |
| R\$552,65 | R\$2.550,70 | R\$0,00 | R\$1.275,35 | R\$850,23 | R\$0,00 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN

| | | | |
|---|----------------|-------------------------|-----------------------|
| ATIVIDADE DO PRESTADOR | | | |
| 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. | | | |
| LOCAL DE INCIDÊNCIA DO ISS | | CÓDIGO CNAE | ISSQN RETIDO |
| 3171204 - VESPASIANO - MG | | 8640299 | Não |
| VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | DEDUÇÕES | DESCONTO INCONDICIONADO | DESCONTO CONDICIONADO |
| R\$85.023,42 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 |
| ALÍQUOTA | TOTAL DO ISSQN | VALOR LÍQUIDO | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 2,00 | R\$1.700,47 | R\$79.794,49 | R\$85.023,42 |

| | |
|---|--|
|  | Município de Vespasiano - MG Secretaria de Fazenda Av. Prefeito Sebastião Fernandes, Centro, 479 - 33200000 - Vespasiano - MG |
|---|--|

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

0056007

Nota colada Rafael



Bradesco

237-2

23793.48408 28086.000149 60013.880202 6 75100007979449

Local de Pagamento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário
INSTITUTO HERMES PARDINI SA **019378769/0001-76 03484-AG.EMP.B.HORIZONTE**

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--|
| Data do Documento 26/03/2018 | Número do Documento 0839652 | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 27/03/2018 |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--|

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|
| Uso do Banco 00002 | Cip 000 | Carteira 002 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade | Valor x |
|------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

* * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * * * *
JUROS POR DIA DE ATRASO.....55,83
 Boleto referente a Nota Fiscal 0839652
 TITULO NEGOCIADO PAGAVEL SOMENTE EM BANCO OU REDE DE CORRESPONDENTES

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
 Quitação válida somente após liquidação do cheque.

Pagador **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA** **050320605/0003-08**
R. SAO BENEDITO, 154
11630-000 ILHABELA SP

Sacador / Avalista:

DDA Bradesco
 Praticidade para pagar ou agendar seus boletos pela internet.
 Cadastre agora. banco.bradesco

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 30/04/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03484-3/0138802-9 |
| Nosso Número | 002/80/860001460-3 |
| 1 (=) Valor do Documento | 79.794,49 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Autenticação **Recibo do Pagador**



Bradesco

237-2

23793.48408 28086.000149 60013.880202 6 75100007979449

Local de Pagamento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário
INSTITUTO HERMES PARDINI SA **019378769/0001-76 03484-AG.EMP.B.HORIZONTE**

| | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--|
| Data do Documento 26/03/2018 | Número do Documento 0839652 | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 27/03/2018 |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--|

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|
| Uso do Banco 00002 | Cip 000 | Carteira 002 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade | Valor x |
|------------------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|------------|-------------------|

* * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * * * *
JUROS POR DIA DE ATRASO.....55,83
 Boleto referente a Nota Fiscal 0839652
 TITULO NEGOCIADO PAGAVEL SOMENTE EM BANCO OU REDE DE CORRESPONDENTES

Pagador **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA** **050320605/0003-08**
R. SAO BENEDITO, 154
11630-000 ILHABELA SP

Sacador / Avalista:

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 30/04/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03484-3/0138802-9 |
| Nosso Número | 002/80/860001460-3 |
| 1 (=) Valor do Documento | 79.794,49 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

Autenticação

CBPP01

Ficha de Compensação





Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62325.480051 72219.540001 6 75230000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------------------|
| Data do Vencimento: | 13/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 08/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | EXAME TOXICOLOGICO PSY |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 08/05/2018 11:37:17 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 28332852 |
| Chave de segurança: | VWUXZASLU6SN8Z7N |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62325.480051 72219.540001 6 75230000021000

| | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 | |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 | |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 623254 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00623254-8 | |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 | |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 | |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62325.480051 72219.540001 6 75230000021000

| | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 | |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 | |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 623254 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00623254-8 | |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 | |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 | |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62521.160051 72219.540001 8 75230000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------------------|
| Data do Vencimento: | 13/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 08/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | EXAME TOXICOLOGICO PSY |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 08/05/2018 14:36:55 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 28608616 |
| Chave de segurança: | QA76KN9N8U76GW53 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Edymar



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62521.160051 72219.540001 8 75230000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625211 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625211-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



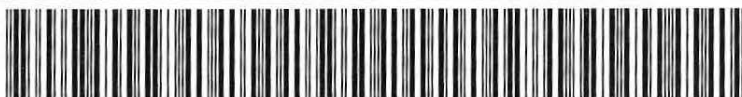
Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62521.160051 72219.540001 8 75230000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625211 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625211-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boletó

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62517.790051 72219.540001 8 75230000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------------------|
| Data do Vencimento: | 13/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 08/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletó: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | EXAME TOXICOLOGICO PSY |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 08/05/2018 14:33:49 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 28603354 |
| Chave de segurança: | K4WC8U87XPUAQWWT |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Alexandre



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62517.790051 72219.540001 8 75230000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625177 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625177-9 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62517.790051 72219.540001 8 75230000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625177 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625177-9 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62534.520051 72219.540001 8 75230000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------------------|
| Data do Vencimento: | 13/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 08/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | EXAME TOXICOLOGICO PSY |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 08/05/2018 14:51:22 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 28633271 |
| Chave de segurança: | NNXJQ4WC5C732V9S |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Adilton



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62534.520051 72219.540001 8 75230000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625345 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625345-2 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62534.520051 72219.540001 8 75230000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625345 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625345-2 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62565.050051 72219.540001 1 75230000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------|
| Data do Vencimento: | 13/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO SAMUEL |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 15:45:41 |
|-------------------------------|---------------------|

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29604548 |
| Chave de segurança: | R896UWZWEZFN0E5H |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAMUEL



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62565.050051 72219.540001 1 75230000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625650 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625650-5 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SAO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62565.050051 72219.540001 1 75230000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625650 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número 109/00625650-5 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SAO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62563.560051 72219.540001 5 75230000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|----------------------|
| Data do Vencimento: | 13/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO EDILTON |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 15:43:24 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29601130 |
| Chave de segurança: | S6LSCFSJK1E5W9NT |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62563.560051 72219.540001 5 75230000021000

| | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento | 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário | 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625635 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número | 109/00625635-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento | RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (=) Valor cobrado | RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SAO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62563.560051 72219.540001 5 75230000021000

| | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento | 13/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário | 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 08/05/2018 | Nº documento 625635 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 08/05/2018 | Nosso número | 109/00625635-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento | RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos | |
| | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | (=) Valor cobrado | RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SAO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62891.670051 72219.540001 1 75240000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|--------------------|
| Data do Vencimento: | 14/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO GREIQ |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 15:47:17 |
|-------------------------------|---------------------|

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29606897 |
| Chave de segurança: | 0U1X2QS9R9PXHQ8J |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Greig



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62891.670051 72219.540001 1 75240000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 09/05/2018 | Nº documento 628916 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 09/05/2018 | Nosso número 109/00628916-7 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

----- Corte na linha pontilhada -----



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62891.670051 72219.540001 1 75240000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 09/05/2018 | Nº documento 628916 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 09/05/2018 | Nosso número 109/00628916-7 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62909.910051 72219.540001 4 75240000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------|
| Data do Vencimento: | 14/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO WAGNER |

| | | |
|-------------------------------|---------------------|--|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 15:40:10 | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
| Código da operação: | 29596336 | |
| Chave de segurança: | R6YS24SE3KUWZQP6 | |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62909.910051 72219.540001 4 75240000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 09/05/2018 | Nº documento 629099 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 09/05/2018 | Nosso número 109/00629099-1 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

----- Corte na linha pontilhada -----



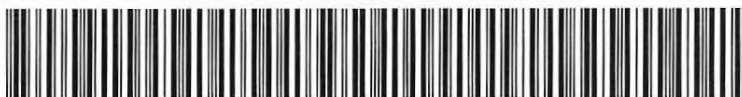
Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62909.910051 72219.540001 4 75240000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 09/05/2018 | Nº documento 629099 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 09/05/2018 | Nosso número 109/00629099-1 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

WABNER Vieira



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 62909.180051 72219.540001 8 75240000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|--------------------|
| Data do Vencimento: | 14/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO TIAGO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 15:41:47 |
|-------------------------------|---------------------|

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29598671 |
| Chave de segurança: | N1FLMH9NNSJKY5Q1 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62909.180051 72219.540001 8 75240000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 09/05/2018 | Nº documento 629091 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 09/05/2018 | Nosso número 109/00629091-8 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 62909.180051 72219.540001 8 75240000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 09/05/2018 | Nº documento 629091 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 09/05/2018 | Nosso número 109/00629091-8 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

TIAGO DOS Santos Oliveira

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 63057.730051 72219.540001 1 75250000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|--------------------|
| Data do Vencimento: | 15/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 10/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO OSMAR |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 10/05/2018 10:40:58 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 30266775 |
| Chave de segurança: | 02H92ZS0ZLKT37X0 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 63057.730051 72219.540001 1 75250000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 15/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 10/05/2018 | Nº documento 630577 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 10/05/2018 | Nosso número 109/00630577-3 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 63057.730051 72219.540001 1 75250000021000

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 15/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 10/05/2018 | Nº documento 630577 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 10/05/2018 | Nosso número 109/00630577-3 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 63182.630051 72219.540001 1 75250000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|--------------------------|
| Data do Vencimento: | 15/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 11/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO TIAGO PAULO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 11/05/2018 09:47:37 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 31085591 |
| Chave de segurança: | 9TQ6AFWJXWW50VK4 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

PAULO DE OLIVEIRA



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 63182.630051 72219.540001 1 75250000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 15/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 10/05/2018 | Nº documento 631826 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 10/05/2018 | Nosso número 109/00631826-3 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



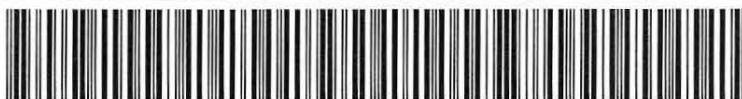
Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 63182.630051 72219.540001 1 75250000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 15/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 10/05/2018 | Nº documento 631826 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 10/05/2018 | Nosso número 109/00631826-3 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 63194.770051 72219.540001 9 75250000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------|
| Data do Vencimento: | 15/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 11/05/2018 |
| Valor Nominal do Bolet: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO FAGNER |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 11/05/2018 09:43:01 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 31081638 |
| Chave de segurança: | H6ZF96E6EZYG3X50 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

FABRIL



Banco Itaú S.A.

|341-7|

34191.09008 63194.770051 72219.540001 9 75250000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 15/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 10/05/2018 | Nº documento 631947 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 10/05/2018 | Nosso número 109/00631947-7 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

|341-7|

34191.09008 63194.770051 72219.540001 9 75250000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 15/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 10/05/2018 | Nº documento 631947 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 10/05/2018 | Nosso número 109/00631947-7 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boletto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 63836.710051 72219.540001 4 75290000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------|
| Data do Vencimento: | 19/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 18/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO ALONSO |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 18/05/2018 11:22:44 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38142832 |
| Chave de segurança: | 2WM685CCXS2R052L |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

34191.09008 63836.710051 72219.540001 4 75290000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 19/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 14/05/2018 | Nº documento 638367 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 14/05/2018 | Nosso número 109/00638367-1 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

34191.09008 63836.710051 72219.540001 4 75290000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 19/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 14/05/2018 | Nº documento 638367 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 14/05/2018 | Nosso número 109/00638367-1 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 64157.050051 72219.540001 9 75300000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|----------------------|
| Data do Vencimento: | 20/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 18/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO WILLIAN |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 18/05/2018 11:23:54 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38143723 |
| Chave de segurança: | 3C89GERMSXUKX0J6 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

William



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 64157.050051 72219.540001 9 75300000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 20/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 15/05/2018 | Nº documento 641570 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 15/05/2018 | Nosso número 109/00641570-5 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 64157.050051 72219.540001 9 75300000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 20/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 15/05/2018 | Nº documento 641570 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 15/05/2018 | Nosso número 109/00641570-5 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 64182.460051 72219.540001 9 75300000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------|
| Data do Vencimento: | 20/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 18/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXICOLOGICO MARCIO |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 18/05/2018 11:26:00 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38145415 |
| Chave de segurança: | 7U5M04PK87KLX04N |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

MARCIO GALLO



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 64182.460051 72219.540001 9 75300000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 20/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 15/05/2018 | Nº documento 641824 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 15/05/2018 | Nosso número 109/00641824-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



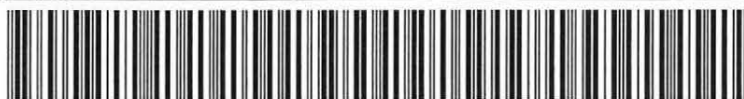
Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 64182.460051 72219.540001 9 75300000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 20/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 15/05/2018 | Nº documento 641824 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 15/05/2018 | Nosso número 109/00641824-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado R\$ 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Rebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 64905.910051 72219.540001 8 75310000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------------|
| Data do Vencimento: | 21/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 18/05/2018 |
| Valor Nominal do Bolet: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO ANTONIO CESA |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 18/05/2018 11:27:10 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38146288 |
| Chave de segurança: | 20RT947RMPYZ1YZY |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Antonio Cesar Teixeira



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 64905.910051 72219.540001 8 75310000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 21/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 18/05/2018 | Nº documento 649059 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 18/05/2018 | Nosso número 109/00649059-1 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 sao benedito, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

----- Corte na linha pontilhada -----



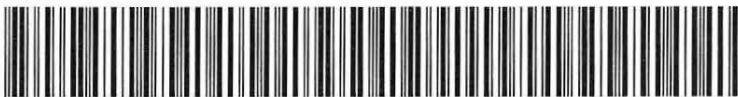
Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 64905.910051 72219.540001 8 75310000021000

| | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---|--|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 21/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 18/05/2018 | Nº documento 649059 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 18/05/2018 | Nosso número 109/00649059-1 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 sao benedito, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 63537.160051 72219.540001 6 75290000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|----------------------|
| Data do Vencimento: | 19/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 18/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO EDUARDO |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 18/05/2018 11:19:43 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38140381 |
| Chave de segurança: | QSC2MU5VR3WY7WL3 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

EJUALDO



Banco Itaú S.A.

|341-7|

34191.09008 63537.160051 72219.540001 6 75290000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 19/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 14/05/2018 | Nº documento 635371 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 14/05/2018 | Nosso número 109/00635371-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

|341-7|

34191.09008 63537.160051 72219.540001 6 75290000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 19/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 14/05/2018 | Nº documento 635371 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 14/05/2018 | Nosso número 109/00635371-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 63838.460051 72219.540001 8 75290000021000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|-------------------|
| Data do Vencimento: | 19/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 18/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 210,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 210,00 |
| Valor Pago (R\$): | 210,00 |
| Identificação do Pagamento: | TOXOCOLOGICO IGOR |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 18/05/2018 11:21:36 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 38141912 |
| Chave de segurança: | 2829VF2LHN451HZH |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

190R



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 63838.460051 72219.540001 8 75290000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 19/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 14/05/2018 | Nº documento 638384 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 14/05/2018 | Nosso número 109/00638384-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A.

| 341-7 |

34191.09008 63838.460051 72219.540001 8 75290000021000

| | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento Até o vencimento, pague preferencialmente no Itaú. Após o vencimento pague somente no Itaú | | | | | Vencimento 19/05/2018 |
| Nome do Beneficiário / CNPJ / Endereço EXAME TOXICOLOGICO PSY ASTEROIDE TECNOLOGIA P E ME CNPJ: 26.600.796/0001-07 - Av Pompeia, 1380 - 32 05022-001 - São Paulo - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 0057 / 22195-4 |
| Data do documento 14/05/2018 | Nº documento 638384 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data processamento 14/05/2018 | Nosso número 109/00638384-6 |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie RS | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento RS 210,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário DEPOSITO BANCÁRIO OU TRANSFERÊNCIA NÃO QUITA ESTE TÍTULO. Não receber após o vencimento. | | | | | (-) Descontos / Abatimentos |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (=) Valor cobrado RS 210,00 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 RUA SÃO BENEDITO, 154 - 11630000 - Ilhabela - SP | | | | | |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 3334 / 003 / 00000692-0 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Nome destinatário: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Valor: | R\$ 208.579,21 |
| Identificação da operação: | REPASSE FATURA ABRIL LABO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 28/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 28/05/2018 15:48:59 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00603634 |
| Chave de segurança: | TKKFNQAXXESUZP8Z |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE ILHABELA - CONVÊNIO
X
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA



REPASSE REF. AO FATURAMENTO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS - SCMI

| | | | |
|---|---------------------------------|---|-------------------|
| DEMANDA MUNICIPAL DA REDE BASICA | PERÍODO 01/04/2018 À 30/04/2018 | VALOR | 126.546,79 |
| DEMANDA MUNICIPAL DO HOSPITAL MARIO COVAS | PERÍODO 01/04/2018 À 30/04/2018 | VALOR | 166.756,26 |
| | | | 293.303,05 |
| DESCONTO DA FOLHA DE PAGAMENTO | MÊS DE ABRIL/2018 | SEDE | 7.844,69 |
| | | LABORATÓRIO | 74.401,15 |
| CESTA BÁSICA/FUNCIIONÁRIOS | TOTAL SEDE/LABORATÓRIO | 21 FUNC. X VAL. CESTA | 2.478,00 |
| VALE TRANSPORTES | TOTAL SEDE/LABORATORIO | | 84.723,84 |
| | | TOTAL DO REPASSE - FATURA - DESCONTOS = | 208.579,21 |

Recebido: _____
 CESAR DE TÚLIO
 Provedor

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

Folha de Pagamento - Abril/2018

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

30/04/2018

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

50.320.605/0001-38

CENTRO ILHABELA SP 11630-000

Centro de Custo 000013 - SANTA CASA (SEDE)

Resumo da Folha - Centro de Custo: 000013

| Eventos | Ativos | Desligados | Férias | Outros | Total |
|------------------------------------|----------|------------|--------|--------|----------|
| 001-Salário | 7.260,35 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.260,35 |
| 003-Salário Maternidade | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 005-Saldo de Salario | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 006-Salário Auxílio Doença | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 021-Adicional Periculosidade | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 022-Adicional Insalubridade | 477,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 477,00 |
| 024-Adicional Noturno | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 030-DSR | 107,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 107,34 |
| 040-Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 041-Férias em Dobro | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 042-Reembolso de INSS de Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 043-Férias Proporcionais | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 044-Férias Indenizadas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 050-1/3 de Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 051-1/3 de Férias em Dobro | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 052-1/3 de Férias na Rescisão | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 060-Aviso Prévio Indenizado | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 072-13º Salário Rescisão | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 074-13º Salário Indenizado | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101-Insuficiência de Saldo Credor | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 173-Horas Extras 75% | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 174-Horas Extras a 90 % | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 201-Gratificacao | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 206-PRODUÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 208-Diferença Salarial | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 211-A.I.H. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 212-VISITAS PACIENTES | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 213-ADICIONAL DE FUNÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 216-AMBULATORIO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 218-SALA DE PARTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 221-AUXILIO CRECHE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 223-ADICIONAL DE INSALUBRIDADE 40% | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 224-DSR ADC. INSALUBRIDADE 40% | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 245-REEMBOLSO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 252-PARTO NORMAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 254-Ferías Indenizadas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 255-COBERTURA A DISTANCIA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 256-GRATIFICAÇÃO SAMU | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 266-REMOÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 267-COBERTURA PRESENCIAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 271-J.E.T. 8% | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 273-BONIFICAÇÃO DE GESTOR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 303-AMBULÂNCIA UTI TRANSFERENCIA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 304-PLANTÃO AMBULANCIA UTI | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 305-PLANTÃO MEDICO CTI | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 500-INSS | 691,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 691,40 |
| 501-INSS de 13º Salário. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 510-IRRF | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 511-IRRF de 13º Salário | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 520-Falta (DIAS) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 521-Falta (HORAS) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 530-Pensão Alimentícia | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 550-Contribuição Sindical | 181,72 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 181,72 |
| 552-Contribuição Confederativa | 9,95 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 9,95 |
| 571-Adiantamento Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Folha de Pagamento - Abril/2018

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

30/04/2018

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

50.320.605/0001-38

CENTRO ILHABELA SP 11630-000

Centro de Custo 000013 - SANTA CASA (SEDE)

| | | | | | |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|
| 573-Adiantamento de Rescisão | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 601-Insuf. Saldo Devedor | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 700-SEGURO DE VIDA ABS BRADESCO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 701-FARMA ILHA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 702-EMPRESTIMO BRADESCO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 705-EMPRESTIMO CAIXA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 706-UNIODONTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 709-CRESSEM | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 710-MENSALIDADE SINDICAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 711-ADIANTAMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 715-Multa de Trânsito | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 716-SOS FARMA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 717-ILHA ÓTICA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 718-ILHA GAS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | | | | |
|---------------------|----------|------|------|------|----------|
| Total de Proventos: | 7.844,69 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.844,69 |
| Total de Descontos | 883,07 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 883,07 |
| Total Líquido: | 6.961,62 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.961,62 |

| | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| Total de Funcionários: | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
|------------------------|---|---|---|---|---|

| Resumo de GPS | | Resumo de Tributos | | Resumo de Alíquotas | |
|--------------------------------|----------|--------------------|--------|--------------------------|---------|
| Empregados | 7.844,69 | IRRF | 0,00 | Alíquota de Empregados | 0,00 % |
| Salário Maternidade | 0,00 | IRRF de Férias | 0,00 | Adicional de SAT 15 Anos | 0,00 % |
| Temporários (Lei 9601/98) | 0,00 | IRRF de Autônomos | 0,00 | Adicional de SAT 20 Anos | 0,00 % |
| Salário Maternidade | 0,00 | PIS s/ Folha | 78,45 | Adicional de SAT 25 Anos | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 15 Anos | 0,00 | Total GFIP | 627,58 | Alíquota de Empregador | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 20 Anos | 0,00 | Total FGTS | 627,58 | Grau de Risco + FAP | ,0000 % |
| Aposentadoria Especial 25 Anos | 2.228,70 | C. Social 0,5% | 0,00 | Alíquota de Terceiros | 0,00 % |
| Empregadores/Autônomos | 0,00 | Total GRFC | 0,00 | Código de Pagamento GPS | 2305 |
| Dedução FPAS | 0,00 | Total FGTS | 0,00 | | |
| Segurados | 691,40 | C. Social 0,5% | 0,00 | | |
| SAT | 0,00 | C. Social 10% | 0,00 | | |
| Empresa | 0,00 | | | | |
| Valor de INSS | 691,40 | | | | |
| Valor de Outras Entidades | 0,00 | | | | |
| Total GPS | 691,40 | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Folha de Pagamento - Abril/2018

| | |
|---|--------------------|
| 1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | 30/04/2018 |
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | 50.320.605/0001-38 |
| CENTRO ILHABELA SP 11630-000 | |

| Resumo da Folha | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| Eventos | Ativos | Desligados | Férias | Outros | Total |
| 001-Salário | 7.260,35 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.260,35 |
| 022-Adicional Insalubridade | 477,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 477,00 |
| 030-DSR | 107,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 107,34 |
| 500-INSS | 691,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 691,40 |
| 550-Contribuição Sindical | 181,72 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 181,72 |
| 552-Contribuição Confederativa | 9,95 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 9,95 |
| Total de Proventos: | 7.844,69 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.844,69 |
| Total de Descontos | 883,07 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 883,07 |
| Total Líquido: | 6.961,62 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6.961,62 |
| Total Funcionários: | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |

| Resumo de GPS | | Resumo de Tributos | | Resumo de Alíquotas | |
|--------------------------------|------------|--------------------|--------|--------------------------|--------|
| Empregados | 7.844,69 | IRRF | 0,00 | Alíquota de Empregados | 0,00 % |
| Salário Maternidade | 0,00 | IRRF de Férias | 0,00 | Adicional de SAT 15 Anos | 0,00 % |
| Temporários (Lei 9601/98) | 0,00 | IRRF de Autônomos | 0,00 | Adicional de SAT 20 Anos | 0,00 % |
| Salário Maternidade | 0,00 | PIS s/ Folha | 78,45 | Adicional de SAT 25 Anos | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 15 Anos | 0,00 | Total GFIP | 627,58 | Alíquota de Empregador | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 20 Anos | 0,00 | Total FGTS | 627,58 | Grau de Risco | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 25 Anos | 2.228,70 | C. Social 0,5% | 0,00 | Alíquota de Terceiros | 0,00 % |
| Empregadores/Autônomos | 10.500,00 | Total GRFC | 0,00 | Código de Pagamento GPS | 2305 |
| Dedução FPAS | 0,00 | Total FGTS | 0,00 | | |
| Segurados | 261.664,86 | C. Social 0,5% | 0,00 | | |
| SAT | 0,00 | C. Social 10% | 0,00 | | |
| Empresa | 0,00 | | | | |
| Valor de INSS | 261.664,86 | | | | |
| Valor de Outras Entidades | 0,00 | | | | |
| Total GPS | 261.664,86 | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

TOTAL LIQUIDO DE FUNCIONARIO EM ABRIL/2018

Folha: 00001

0001 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
 RUA PADRE BRONISLAU CHERECK , 15
 CENTRO - ILHABELA - SP - 11630-000

28/05/2018
 50.320.605/0001-38

CENTRO DE CUSTO: 000.013 - SANTA CASA (SEDE)

| COD. | NOME | PIS/PASEP | CBO - FUNCAO | C.CUSTO | CTPS | VALOR |
|--------|--------------------------------|-------------|----------------------|---------|--------------------|----------|
| 001061 | YURI PINHEIRO DA SILVA | 16245661243 | 411005-Auxiliar Admi | 000.013 | 0060881/00038-SP | 1.822,63 |
| 001060 | SONIA REGINA CHAVES NASCIMENTO | 12154712012 | 422105-RECEPCIONISTA | 000.013 | 0001187/00058-SP | 1.298,19 |
| 001062 | JUSSARA KATRINY SOUSA E SILVA | 16753083082 | 411005-Auxiliar Admi | 000.013 | 0023974/00346-SP | 1.822,63 |
| 000007 | PAULO EDUARDO LANDE DOS SANTOS | 10288921663 | 223107-MEDICO VASCUL | 000.013 | 0009854/00321- | 2.018,17 |
| | | | | | TOTAL DA PAGINA : | 6.961,62 |
| | | | | | TOTAL DA EMPRESA : | 6.961,62 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Folha de Pagamento - Abril/2018

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

30/04/2018

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

50.320.605/0001-38

CENTRO ILHABELA SP 11630-000

Centro de Custo 000028 - LABORATÓRIO

Resumo da Folha - Centro de Custo: 000028

| Eventos | Ativos | Desligados | Férias | Outros | Total |
|------------------------------------|-----------|------------|--------|--------|-----------|
| 001-Salário | 44.572,87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 44.572,87 |
| 003-Salário Maternidade | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 005-Saldo de Salário | 0,00 | 2.388,12 | 0,00 | 0,00 | 2.388,12 |
| 006-Salário Auxílio Doença | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 021-Adicional Periculosidade | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 022-Adicional Insalubridade | 2.957,40 | 190,80 | 0,00 | 0,00 | 3.148,20 |
| 024-Adicional Noturno | 230,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 230,28 |
| 030-DSR | 1.891,95 | 44,89 | 0,00 | 0,00 | 1.936,84 |
| 040-Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 041-Férias em Dobro | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 042-Reembolso de INSS de Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 043-Férias Proporcionalis | 0,00 | 6.369,06 | 0,00 | 0,00 | 6.369,06 |
| 044-Férias Indenizadas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 050-1/3 de Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 051-1/3 de Férias em Dobro | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 052-1/3 de Férias na Rescisão | 0,00 | 2.123,02 | 0,00 | 0,00 | 2.123,02 |
| 060-Aviso Prévio Indenizado | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 072-13º Salário Rescisão | 0,00 | 2.115,05 | 0,00 | 0,00 | 2.115,05 |
| 074-13º Salário Indenizado | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 101-Insuficiência de Saldo Credor | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 173-Horas Extras 75% | 4.380,15 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4.380,15 |
| 174-Horas Extras a 90 % | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 201-Gratificacao | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 206-PRODUÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 208-Diferença Salarial | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 211-A.I.H. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 212-VISITAS PACIENTES | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 213-ADICIONAL DE FUNÇÃO | 5.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.000,00 |
| 216-AMBULATORIO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 218-SALA DE PARTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 221-AUXILIO CRECHE | 665,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 665,50 |
| 223-ADICIONAL DE INSALUBRIDADE 40% | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 224-DSR ADC. INSALUBRIDADE 40% | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 245-REEMBOLSO | 380,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 380,34 |
| 252-PARTO NORMAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 254-Férias Indenizadas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 255-COBERTURA A DISTANCIA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 256-GRATIFICAÇÃO SAMU | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 266-REMOÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 267-COBERTURA PRESENCIAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 271-J.E.T. 8% | 818,79 | 272,93 | 0,00 | 0,00 | 1.091,72 |
| 273-BONIFICAÇÃO DE GESTOR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 303-AMBULÂNCIA UTI TRANSFERENCIA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 304-PLANTÃO AMBULANCIA UTI | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 305-PLANTÃO MEDICO CTI | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 500-INSS | 5.838,15 | 318,64 | 0,00 | 0,00 | 6.156,79 |
| 501-INSS de 13º Salário. | 0,00 | 190,35 | 0,00 | 0,00 | 190,35 |
| 510-IRRF | 2.859,06 | 50,56 | 0,00 | 0,00 | 2.909,62 |
| 511-IRRF de 13º Salário | 0,00 | 1,55 | 0,00 | 0,00 | 1,55 |
| 520-Falta (DIAS) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 521-Falta (HORAS) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 530-Pensão Alimentícia | 643,14 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 643,14 |
| 550-Contribuição Sindical | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 552-Contribuição Confederativa | 201,06 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 201,06 |
| 571-Adiantamento Férias | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Folha de Pagamento - Abril/2018

| 1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | | 30/04/2018 |
|--|-----------|---------------------------|----------|----------------------------|-----------|--------------------|
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | | | | | 50.320.605/0001-38 |
| CENTRO ILHABELA SP 11630-000 | | | | | | |
| Centro de Custo 000028 - LABORATÓRIO | | | | | | |
| 573-Adiantamento de Rescisão | 0,00 | 12.942,77 | 0,00 | 0,00 | 12.942,77 | |
| 601-Insuf. Saldo Devedor | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 700-SEGURO DE VIDA ABS BRADESCO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 701-FARMA ILHA | 305,32 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 305,32 | |
| 702-EMPRESTIMO BRADESCO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 705-EMPRESTIMO CAIXA | 3.892,79 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.892,79 | |
| 706-UNIODONTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 709-CRESSEM | 174,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 174,98 | |
| 710-MENSALIDADE SINDICAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 711-ADIANTAMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 715-Multa de Trânsito | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 716-SOS FARMA | 661,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 661,25 | |
| 717-ILHA ÓTICA | 358,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 358,00 | |
| 718-ILHA GAS | 160,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 160,00 | |
| Total de Proventos: | 60.897,28 | 13.503,87 | 0,00 | 0,00 | 74.401,15 | |
| Total de Descontos | 15.093,75 | 13.503,87 | 0,00 | 0,00 | 28.597,62 | |
| Total Líquido: | 45.803,53 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 45.803,53 | |
| Total de Funcionários: | 19 | 1 | 0 | 0 | 20 | |
| Resumo de GPS | | Resumo de Tributos | | Resumo de Alíquotas | | |
| Empregados | 64.863,23 | IRRF | 2.911,17 | Alíquota de Empregados | 0,00 % | |
| Salário Maternidade | 0,00 | IRRF de Férias | 0,00 | Adicional de SAT 15 Anos | 0,00 % | |
| Temporários (Lei 9601/98) | 0,00 | IRRF de Autônomos | 0,00 | Adicional de SAT 20 Anos | 0,00 % | |
| Salário Maternidade | 0,00 | PIS s/ Folha | 603,60 | Adicional de SAT 25 Anos | 0,00 % | |
| Aposentadoria Especial 15 Anos | 0,00 | Total GFIP | 4.788,11 | Alíquota de Empregador | 0,00 % | |
| Aposentadoria Especial 20 Anos | 0,00 | Total FGTS | 4.788,11 | Grau de Risco + FAP | ,0000 % | |
| Aposentadoria Especial 25 Anos | 15.248,76 | C. Social 0,5% | 0,00 | Alíquota de Terceiros | 0,00 % | |
| Empregadores/Autônomos | 0,00 | Total GRFC | 601,41 | Código de Pagamento GPS | 2305 | |
| Dedução FPAS | 0,00 | Total FGTS | 561,32 | | | |
| Segurados | 6.347,14 | C. Social 0,5% | 0,00 | | | |
| SAT | 0,00 | C. Social 10% | 40,09 | | | |
| Empresa | 0,00 | | | | | |
| Valor de INSS | 6.347,14 | | | | | |
| Valor de Outras Entidades | 0,00 | | | | | |
| Total GPS | 6.347,14 | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Folha de Pagamento - Abril/2018

| | |
|---|--------------------|
| 1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | 30/04/2018 |
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | 50.320.605/0001-38 |
| CENTRO ILHABELA SP 11630-000 | |

Resumo da GRFC

| Funcionário | Total de FGTS | Cont.Social 0,50% | Cont.Social 10% | Total GRFC |
|----------------------------|---------------|-------------------|-----------------|------------|
| 783-DAVID SIQUEIRA MARTINS | 561,32 | 0,00 | 40,09 | 601,41 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Folha de Pagamento - Abril/2018

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

30/04/2018

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

50.320.605/0001-38

CENTRO ILHABELA SP 11630-000

Resumo da Folha

| Eventos | Ativos | Desligados | Férias | Outros | Total |
|--------------------------------|-----------|------------|--------|--------|-----------|
| 001-Salário | 44.572,87 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 44.572,87 |
| 005-Saldo de Salário | 0,00 | 2.388,12 | 0,00 | 0,00 | 2.388,12 |
| 022-Adicional Insalubridade | 2.957,40 | 190,80 | 0,00 | 0,00 | 3.148,20 |
| 024-Adicional Noturno | 230,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 230,28 |
| 030-DSR | 1.891,95 | 44,89 | 0,00 | 0,00 | 1.936,84 |
| 043-Férias Proporcionais | 0,00 | 6.369,06 | 0,00 | 0,00 | 6.369,06 |
| 052-1/3 de Férias na Rescisão | 0,00 | 2.123,02 | 0,00 | 0,00 | 2.123,02 |
| 072-13º Salário Rescisão | 0,00 | 2.115,05 | 0,00 | 0,00 | 2.115,05 |
| 173-Horas Extras 75% | 4.380,15 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 4.380,15 |
| 213-ADICIONAL DE FUNÇÃO | 5.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.000,00 |
| 221-AUXILIO CRECHE | 665,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 665,50 |
| 245-REEMBOLSO | 380,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 380,34 |
| 271-J.E.T. 8% | 818,79 | 272,93 | 0,00 | 0,00 | 1.091,72 |
| 500-INSS | 5.838,15 | 318,64 | 0,00 | 0,00 | 6.156,79 |
| 501-INSS de 13º Salário. | 0,00 | 190,35 | 0,00 | 0,00 | 190,35 |
| 510-IRRF | 2.859,06 | 50,56 | 0,00 | 0,00 | 2.909,62 |
| 511-IRRF de 13º Salário | 0,00 | 1,55 | 0,00 | 0,00 | 1,55 |
| 530-Pensão Alimentícia | 643,14 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 643,14 |
| 552-Contribuição Confederativa | 201,06 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 201,06 |
| 573-Adiantamento de Rescisão | 0,00 | 12.942,77 | 0,00 | 0,00 | 12.942,77 |
| 701-FARMA ILHA | 305,32 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 305,32 |
| 705-EMPRESTIMO CAIXA | 3.892,79 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.892,79 |
| 709-CRESSEM | 174,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 174,98 |
| 716-SOS FARMA | 661,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 661,25 |
| 717-ILHA ÓTICA | 358,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 358,00 |
| 718-ILHA GAS | 160,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 160,00 |
| Total de Proventos: | 60.897,28 | 13.503,87 | 0,00 | 0,00 | 74.401,15 |
| Total de Descontos | 15.093,75 | 13.503,87 | 0,00 | 0,00 | 28.597,62 |
| Total Líquido: | 45.803,53 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 45.803,53 |
| Total Funcionários: | 19 | 1 | 0 | 0 | 20 |

Resumo de GPS

Resumo de Tributos

Resumo de Alíquotas

| | | | | | |
|--------------------------------|------------|-------------------|----------|--------------------------|--------|
| Empregados | 64.863,23 | IRRF | 2.911,17 | Alíquota de Empregados | 0,00 % |
| Salário Maternidade | 0,00 | IRRF de Férias | 0,00 | Adicional de SAT 15 Anos | 0,00 % |
| Temporários (Lei 9601/98) | 0,00 | IRRF de Autônomos | 0,00 | Adicional de SAT 20 Anos | 0,00 % |
| Salário Maternidade | 0,00 | PIS s/ Folha | 603,60 | Adicional de SAT 25 Anos | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 15 Anos | 0,00 | Total GFIP | 4.788,11 | Alíquota de Empregador | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 20 Anos | 0,00 | Total FGTS | 4.788,11 | Grau de Risco | 0,00 % |
| Aposentadoria Especial 25 Anos | 15.248,76 | C. Social 0,5% | 0,00 | Alíquota de Terceiros | 0,00 % |
| Empregadores/Autônomos | 10.500,00 | Total GRFC | 601,41 | Código de Pagamento GPS | 2305 |
| Dedução FPAS | 0,00 | Total FGTS | 561,32 | | |
| Segurados | 261.664,86 | C. Social 0,5% | 0,00 | | |
| SAT | 0,00 | C. Social 10% | 40,09 | | |
| Empresa | 0,00 | | | | |
| Valor de INSS | 261.664,86 | | | | |
| Valor de Outras Entidades | 0,00 | | | | |
| Total GPS | 261.664,86 | | 0,00 | | |
| | | | 0,00 | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Folha de Pagamento - Abril/2018

| | | | | |
|---|---------------|--------------------|-----------------|------------|
| 1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 30/04/2018 | | |
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | 50.320.605/0001-38 | | |
| CENTRO ILHABELA SP 11630-000 | | | | |
| Resumo da GRFC | | | | |
| Funcionário | Total de FGTS | Cont.Social 0,50% | Cont.Social 10% | Total GRFC |
| 783-DAVID SIQUEIRA M | 561,32 | 0,00 | 40,09 | 601,41 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

TOTAL LIQUIDO DE FUNCIONARIO EM ABRIL/2018

Folha: 00001

0001 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
 RUA PADRE BRONISLAU CHERECK , 15
 CENTRO - ILHABELA - SP - 11630-000

28/05/2018
 50.320.605/0001-38

CENTRO DE CUSTO: 000.028 - LABORATÓRIO

| COD. | NOME | PIS/PASEP | CBO - FUNCAO | C.CUSTO | CTPS | VALOR |
|--------|--|-------------|----------------------|---------|--------------------|-----------|
| 000679 | ELIETE ALVES RUFINO DE MELO | 20127968827 | 422105-RECEPCIONISTA | 000.028 | 0058305/00018-PE | 1.209,03 |
| 000783 | DAVID SIQUEIRA MARTINS | 16014127632 | 221201-Biomédico | 000.028 | 0051331/00152-MG | 0,00 |
| 000898 | MARIANA DE JESUS LINS | 20356832788 | 411005-Auxiliar Admi | 000.028 | 0089844/00031-SP | 1.158,19 |
| 000571 | ROSANA SOARES DA CUNHA | 12193368017 | 223405-Farmacéutico | 000.028 | 0063468/00032-SP | 4.131,33 |
| 000902 | LAURO RAMOS VIEIRA SANTOS | 12558396228 | 411005-Auxiliar Admi | 000.028 | 0021493/00184-SP | 1.185,18 |
| 000926 | JEAN CARLOS BARBOSA DE FRANÇA | 12819552236 | 411005-Auxiliar Admi | 000.028 | 0062834/00253-SP | 1.869,08 |
| 000704 | ANDRE LUIS LOUZADA RODRIGUES DE CAMPOS | 12841390650 | 221201-BIOMÉDICO | 000.028 | 0000148/00255-SP | 4.153,20 |
| 001049 | ERIKA CAGGIANO DOS SANTOS | 21005644812 | 301105-TECNICO DE LA | 000.028 | 0086503/00255-SP | 2.651,45 |
| 000762 | RENATO MARTINEZ MELLO | 13625847891 | 221201-Biomédico | 000.028 | 0082054/00272-SP | 4.629,14 |
| 000713 | MARCELO HENRIQUE RABELO | 12805097256 | 221105-BIOLOGO | 000.028 | 0096417/00272-SP | 5.480,24 |
| 001004 | CAMILA RODRIGUES BERNARDO VIEIRA | 20698875286 | 322230-Auxiliar de e | 000.028 | 0065098/00295-SP | 1.914,61 |
| 000553 | MARCELI DOS SANTOS GRISANTE | 13010320220 | 515215-Auxiliar de l | 000.028 | 0091636/00295-SP | 1.529,96 |
| 000555 | DAIANE CRISTINA DOS SANTOS XAVIER | 13053659254 | 411005-Auxiliar admi | 000.028 | 0044685/00313-SP | 1.908,84 |
| 000684 | CAIO MARCELO GARCEZ SILVA | 12949509233 | 515215-Auxiliar de l | 000.028 | 0066472/00330-SP | 3.170,08 |
| 000549 | THAMIRES FERREIRA GOMES | 20072594114 | 411005-AUX. ADMINIST | 000.028 | 0066486/00330-SP | 1.804,59 |
| 000578 | ANGELICA DOS SANTOS VIEIRA SOUZA | 16117073624 | 763125-AUXILIAR DE S | 000.028 | 0057802/00346-SP | 1.141,33 |
| 000886 | GLAUTER SOARES DE CARVALHO | 13736183274 | 301105-Tecnico de la | 000.028 | 4291066/00020-MS | 1.902,57 |
| 000793 | MARIANA LIMA GUIMARÃES | 14400587378 | 221201-Biomédico | 000.028 | 0373359/00408- | 2.071,43 |
| 000554 | LINDINALVA ROCHA BARBOZA | 10837094779 | 301105-TECNICO DE LA | 000.028 | 0020350/00443- | 2.637,23 |
| 000788 | GABRIEL MENEZES VIEIRA DO NASCIMENTO | 13414511710 | 411005-AUXILIAR ADMI | 000.028 | 0000509/00974- | 1.256,05 |
| | | | | | TOTAL DA PAGINA : | 45.803,53 |
| | | | | | TOTAL DA EMPRESA : | 45.803,53 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.37807 98088.000017 50000.028303 6 75370000602366 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Código do ISPB: | 60746948 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI |
| Nome/Razão Social: | BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI |
| CPF/CNPJ: | 10.742.412/0004-01 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MIS DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 27/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 28/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 6.023,66 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Valor Calculado (R\$): | 6.023,66 |
| Valor Pago (R\$): | 6.023,66 |
| Identificação do Pagamento: | BRACCO IMAGING |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 28/05/2018 15:42:08 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 48465587 |
| Chave de segurança: | P7SUEMA4XEJWAKRL |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

0022777



237-2

23793.37807 98088.000017 50000.028303 6 75370000602366

Local de Pagamento

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário

BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA

| | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------|--------|-----------------------|
| Data do Documento | Número do Documento | Espécie Documento | Aceite | Data do Processamento |
| 28/03/2018 | 0002104802 | DM | SEM | 29/03/2018 |

| | | | | | |
|--------------|-----|----------|---------------|------------|-------|
| Uso do Banco | Cip | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | Valor |
| 00001 | 000 | 009 | RS | | X |

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *
 JUROS POR DIA DE ATRASO.....8,03
 APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO

Bradesco Net Empresa Celular

Baixe o aplicativo e realize consultas, transações e aprovações de pagamentos.

Cadastre-se em banco.bradesco/netempresa



| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 27/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/80/880000150-1 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.023,66 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____
 Quitação válida somente após liquidação do cheque.

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154 11630-000 ILHABELA SP** 050320605/0002-19

Sacador / Avalista:

Autenticação **Recibo do Pagador**



237-2

23793.37807 98088.000017 50000.028303 6 75370000602366

Local de Pagamento

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário

BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA

| | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------|--------|-----------------------|
| Data do Documento | Número do Documento | Espécie Documento | Aceite | Data do Processamento |
| 28/03/2018 | 0002104802 | DM | SEM | 29/03/2018 |

| | | | | | |
|--------------|-----|----------|---------------|------------|-------|
| Uso do Banco | Cip | Carteira | Espécie Moeda | Quantidade | Valor |
| 00001 | 000 | 009 | RS | | X |

** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *
 JUROS POR DIA DE ATRASO.....8,03
 APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 27/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/80/880000150-1 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.023,66 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154 11630-000 ILHABELA SP** 050320605/0002-19

Sacador / Avalista:

Autenticação **Ficha de Compensação**



GRUPO:
SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO

SUBGRUPO:
MANUTENÇÃO DE
EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

MAIO / 2018

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |


| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 723 / 13000560-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MKG SERVICE E COMERCIO LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 09.282.289/0001-53 |
| Valor: | R\$ 1.900,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MKG SERICE E COMERCIO |
| Histórico: | NF 1712 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 04/05/2018 - 10:44:40 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00136565 |
| Chave de segurança: | KV8SRP7XES710AYS |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------|--|----------------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|-----------|--|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS, PLANEJAMENTO E TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 1712 | | | |
| Data e Hora da Emissão | 27/04/2018 08:43:20 | Competência | 27/4/2018 | Código de Verificação | 086876880 | | | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | ILHABELA - SP | | | | |
| Prestador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | MKG SERVICE & COMERCIO LTDA EPP | | | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 09.282.289/0001-53 | Inscrição Municipal | 182516 | Município | SANTO ANDRE - SP | | | | |
| Endereço e CEP | | RUA BATURITÉ ,27 - VILA CURUÇÁ CEP: 09291-170 | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | 44791548 | e-mail | | | | | |
| Tomador de Serviço | | | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | | | |
| Endereço e CEP | | Rua: Padre Bronislau Chereck ,015 - Centro CEP: 11630-000 | | | | | | | |
| Complemento | | Telefone | | e-mail | | | | | |
| Discriminação do Serviço | | | | | | | | | |
| Manutenção Preventiva e Corretiva da Caldeira | | | | | | | | | |
| Vencimento: 06/05/2018 | | | | | | | | | |
| "Valor aproximado dos tributos R\$ 232,75 (12,25%) Fonte: IBPT" | | | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | | | |
| 14.01 / 14.01 / 331471000 - MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS PARA USO GERAL NÃO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE | | | | | | | | | |
| Detalhamento Específico da Construção Civil | | | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | | | |
| Tributos Federais | | | | | | | | | |
| PIS(R\$) | | COFINS(R\$) | | IR(R\$) | | INSS(R\$) | | CSLL(R\$) | |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço | | | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | | |
| Valor do Serviço R\$ | 1.900,00 | | Natureza Operação | | Valor do Serviço R\$ | 1.900,00 | | | |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00 | | | |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | | Regime Especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | | |
| (-) Retenções Federais | 0,00 | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 1.900,00 | | | |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 5,00 | | | |
| (-) ISSQN Retido | 0,00 | | 1 - Sim | | ISSQN a Reter | () Sim (X) Não | | | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 1.900,00 | | Incentivador Cultural | | (=) Valor do ISSQN R\$ | 0,00 | | | |
| | | | | 2-Não | | | | | |
| Avisos | | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISSQN. | | | | | | | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | |

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 033 - BANCO SANTANDER S.A. - 090400888 |
| Conta destino: | 103 / 13001435-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ANALIA MACHADO CUSTODIO ME |
| CPF/CNPJ: | 04.094.418/0001-66 |
| Valor: | R\$ 3.950,62 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | ANALIA MACHADO CUSTODIO |
| Histórico: | NF 00017 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 07/05/2018 - 09:57:12 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00146481 |
| Chave de segurança: | PEYNFWYXC0EH3QVU |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017


MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

00017

DATA DA EMISSÃO

02/05/2018 08:40:16

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

D53718AA

SÃO SEBASTIÃO



SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 02/05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

ANALIA MACHADO CUSTODIO ME

ENDEREÇO:

RUA CIDADE DE SANTOS, 95 - VILA AMÉLIA

COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ:

04.094.418/0001-66

MUNICÍPIO:

SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL

TELEFONE:

(12) 3892-3899

INSC.MUNICIPAL:

14540

CEP:

11.609-042

E-MAIL:

douglasmcustodio@gmail.com

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

REGIME ESPECIAL:

NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO
NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

-

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-1710

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

servico.saude.ilhabela@gmail.com

INSC.MUNICIPAL:

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

3313-9/99-00 | 14.01 | MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE MÁQUINAS, APARELHOS E MATERIAIS ELÉTRICOS NÃO ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL..

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 3.950,62 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS 3,16 % | Base de Cálculo..... | R\$ 3.950,62 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 124,84 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 3.950,62 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES


- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.ilbr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

IMPRIMIR

VOLTAR

**Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

Inscrição: 04094418/0001-66
Razão Social: ANALIA MACHADO CUSTODIO ME
Endereço: RUA CIDADE DE SANTOS 95 / CENTRO / SAO SEBASTIAO / SP / 11600-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 22/04/2018 a 21/05/2018

Certificação Número: 2018042212121386124661

Informação obtida em 04/05/2018, às 08:48:33.

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei está condicionada à verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



À SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

RELATÓRIO DOS SERVIÇOS PRESTADOS À SECRETARIA DA SAÚDE – DIVISÃO ODONTOLÓGICA NO PERÍODO DO 27/03/2018 a 27/04/2018

RELATÓRIO Nº 0510/2018

ESF Armação (Consultório Odontológico)

Compressor Odontológico:

- Foi retirado vazamento de ar do registro e saída de ar comprimido;
- Aferição da pressão de trabalho;

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Troca da mangueira de ligação do equipo/kart da caneta de alta rotação;
- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplice;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

ESF Costa Sul (Consultório Odontológico)

Consultório Odontológico Nº 1

Fotopolimerizador:

- Troca da lâmpada;
- Troca do soquete cerâmico.
- Teste do aparelho.

Compressor Odontológico:

- Aferição da pressão de trabalho;

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;

Rua Cidade de Santos n 95 – Centro – São Sebastião – SP
Telefone: (12) 3892-3899 (12) 9706-8088 E-mail vendas.jadental@gmail.com

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
 - Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
 - Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;
- Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

Consultório Odontológico Nº 2

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;

Autoclave Odontológica:

- Foi feito ciclo teste do equipamento com verificação de todo funcionamento e foram checados todos os parâmetros de pressão e temperatura durante todo processo do ciclo de esterilização;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

ESF Barra Velha (Consultório Odontológico)

Consultório Odontológico Nº 1

Kart/Equipo:

- Troca da mangueira de entrada de ar comprimido.
- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;

Cadeira Odontológica:



- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
 - Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
 - Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
 - Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspeira;
 - Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;
- Caixa de ligação e Cuspeira:
- Limpeza do sistema do sugador odontológico;
 - Troca da mangueira de ligação da válvula de acionamento do sugador.
 - Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;

Consultório Odontológico Nº 2

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspeira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;

Compressor Odontológico:

- Verificação da pressão de trabalho;
- Aferição da pressão de trabalho;

Ultrassom:

- Reaperto dos contatos elétricos do circuito eletrônico de potência.
- Teste do aparelho.

ESF Vila (Consultório Odontológico)

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspeira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;



Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

ESF Perequê (Consultório Odontológico)

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Raio X Odontológico:

- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;
- Alinhamento do braço de articulação do aparelho.
- Teste do equipamento.

Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplice;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

Compressor Odontológico:

- Verificação da pressão de trabalho;
- Aferição da pressão de trabalho;

ESF Água Branca (Consultório Odontológico)

Consultório Odontológico Nº 1

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Troca da mangueira de entrada de ar comprimido.
- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;



- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;
- Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;

Consultório Odontológico № 2

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Troca da mangueira do equipo da baixa rotação;
- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplex;

Refletor:

- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Troca da mangueira do sugador.
- Limpeza do sistema do sugador odontológico;
- Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;

Compressor Odontológico:

- Verificação da pressão de trabalho;
- Aferição da pressão de trabalho;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;
- Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;

ESF Alto da Barra (Consultório Odontológico)

Cadeira Odontológica:

- Verificação dos comandos dos pedais de acionamento dos movimentos da cadeira odontológica;
- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;



- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
 - Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;
- Kart/Equipo:
- Troca da mangueira de entrada de ar comprimido.
 - Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
 - Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
 - Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
 - Foi calibrado o ar e água da seringa tríplice;
- Refletor:
- Troca da Lâmpada do refletor;
 - Limpeza do cabeçote do refletor.
 - Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
 - Ajuste do foco do refletor;
- Caixa de ligação e Cuspideira:
- Limpeza do sistema do sugador odontológico;
- Compressor Odontológico:
- Verificação da pressão de trabalho;
 - Aferição da pressão de trabalho;
- Caixa de ligação e Cuspideira:
- Limpeza do sistema do sugador odontológico;
 - Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;
- Manutenção Corretiva de um aparelho de Fotopolimerização:
- Troca da chave micro switch de acionamento do aparelho;
 - Troca da lâmpada;
 - Troca do soquete;
 - Teste do aparelho;

ESF Itaquaduba (Consultório Odontológico)

Consultório Odontológico Nº 1

Cadeira Odontológica:

- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;
- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;
- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspideira;
- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;
- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;
- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplice;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;
- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspideira:

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;



- Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;
Compressor Odontológico:

- Verificação da pressão de trabalho;

- Aferição da pressão de trabalho;

Consultório Odontológico Nº 2

Cadeira Odontológica:

- Aperto dos parafusos de fixação do estofamento;

- Aperto dos parafusos de fixação da estrutura do kart odontológico;

- Aperto dos parafusos de fixação do refletor e cuspeira;

- Aperto dos contatos elétricos das chaves de acionamento do circuito eletro eletrônico;

Kart/Equipo:

- Foi regulado o spray da caneta de alta rotação;

- Foi calibrado o ar da caneta de alta rotação;

- Foi calibrado o ar do micro motor e contra ângulo;

- Foi calibrado o ar e água da seringa tríplice;

Refletor:

- Limpeza dos terminais de ligação da lâmpada do refletor;

- Ajuste do foco do refletor;

Caixa de ligação e Cuspeira:

Caixa de ligação e Cuspeira:

- Troca da válvula de entrada de ar no equipamento;

- Limpeza do sistema do sugador odontológico;

- Aperto das braçadeiras de fixação de mangueiras de ligações de hidráulica, ar comprimido;

Raio – x Odontológico:

- Verificação do funcionamento.

- Aperto os parafusos do braço pantográfico de articulação.

- Aperto dos contatos elétricos da ampola do aparelho

São Sebastião, 02 de Maio de 2018.

Anália Machado Custódio

Diretora Comercial

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |


| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1381 / 88000-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | N A COMERCIO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALAR |
| CPF/CNPJ: | 10.206.278/0001-73 |
| Valor: | R\$ 25.000,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | N A COMERCIO |
| Histórico: | NF 186 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 09/05/2018 - 10:56:46 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00133349 |
| Chave de segurança: | KGEE1FC3N229NPN4 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | | |
|---|---------------------|--|----------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------|--|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL SECRETARIA DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e | | | | Número da NFS-e 186 | |
| Data e Hora da Emissão | 02/05/2018 09:00:57 | Competência | 2/5/2018 | Código de Verificação | 584495927 | | |
| Número do RPS | | No. da NFS-e substituída | | Local da Prestação | SAO CAETANO DO SUL - SP | | |
| Prestador de Serviço | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | N.A COMÉRCIO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA EPP | | | | | |
| Nome Fantasia | | | | | | | |
| CNPJ/CPF | 10.206.278/0001-73 | Inscrição Municipal | 76181 | Município | SAO CAETANO DO SUL - SP | | |
| Endereço e CEP | | AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY , 1335 - SANTA PAULA CEP: 09560-010 | | | | | |
| Complemento | SALA 02 | Telefone | (11)4228-4804 | e-mail | anafrias.adm@hotmail.com | | |
| Tomador de Serviço | | | | | | | |
| Razão Social/Nome | | Santa Casa De Misericórdia de Ilhabela | | | | | |
| CNPJ/CPF | 50.320.605/0001-38 | Inscrição Municipal | | Município | ILHABELA - SP | | |
| Endereço e CEP | | Rua Padre Bronislau Chereck , 15 - Centro CEP: 11630-000 | | | | | |
| Complemento | | Telefone | (12)3896-9221 | e-mail | | | |
| Discriminação do Serviço | | | | | | | |
| Contrato de Manutenção Preventiva. Período: 01/04/2018 à 30/04/2018. Condição de Pagamento: 07 Dias | | | | | | | |
| Código do Serviço / Atividade | | | | | | | |
| 14.01 / 3530570 - APARELHOS E EQUIP HOSPITALAR E ELETRO ELETRONICO | | | | | | | |
| Detalhamento Especifico da Construção Civil | | | | | | | |
| Código da Obra | | | | | Código ART | | |
| Tributos Federais | | | | | | | |
| PIS (R\$) | | COFINS (R\$) | | IR (R\$) | | INSS (R\$) | |
| CSLL (R\$) | | | | | | | |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço | | | Outras Informações | | Cálculo do ISSQN devido no Município | | |
| Valor do Serviço R\$ | 25.000,00 | | Natureza Operação | | Valor do Serviço R\$ | 25.000,00 | |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | | 1-Tributação no município | | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00 | |
| (-) Desconto Condicionado | 0,00 | | Regime Especial Tributação | | (-) Desconto Incondicionado | 0,00 | |
| (-) Retenções Federais | 0,00 | | 0-Nenhum | | Base de Cálculo | 25.000,00 | |
| (-) Outras Retenções | 0,00 | | Opção Simples Nacional | | (x) Alíquota % | 3,50 | |
| (-) ISSQN Retido | 0,00 | | 1 - Sim | | ISSQN a Reter | () Sim (X) Não | |
| (=) Valor Líquido R\$ | 25.000,00 | | Incentivador Cultural | | (=) Valor do ISSQN R\$ | 0,00 | |
| | | | | 2-Não | | | |
| Avisos | | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://saocaetano.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



SANTA CASA DE ILHABELA

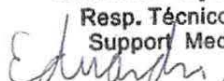
DATA ATENDIMENTO: 25/04/18

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|----------------|---------------|------------------|------------|--------------|----------|
| Autoclave | Cristofoli | Vitale | VF6110397L487365 | 33878 | Santa Casa | AP |
| Balança | Welmy | R 110 | 51673 | | Santa Casa | AP |
| Colposcópico | Medpej | PE-2000RL | 59745 | | Santa Casa | AP |
| Colposcópico | DF Vasconcelos | | 970 | | Santa Casa | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506007816 | | Santa Casa | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Obeso | 2720929 | | Santa Casa | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 11375 | | Santa Casa | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 11783 | | Santa Casa | AP |
| Foco de Luz | Medpej | FC-3000 | 77389 | 26865 | Santa Casa | AP |
| Infravermelho | AG | Pedestal | 1215.A | | Fisioterapia | AP |
| Infravermelho | | | | | Fisioterapia | AP |
| Infravermelho | Arktus | | | | Fisioterapia | AP |
| Infravermelho | Arktus | | | | Fisioterapia | AP |
| Infravermelho | Philips | | | | Fisioterapia | AP |
| Infravermelho | | | | 9294 | Fisioterapia | AP |
| Laser | Ibramed | Laserpulse | 288830030 | 33901 | Fisioterapia | AP |
| Laser | Ibramed | Laserpulse | 241380002 | 33378 | Fisioterapia | RP |
| Negatoscópico | Komex | 1 parede | | 6 | Santa Casa | AP |
| Ondas Curtas | Ibramed | Thermo Pulse | 3622 | | Fisioterapia | AP |
| Ondas Curtas | Bioset | Thermo Pulse | | 202 | Fisioterapia | AP |
| Ondas Curtas | Ibramed | Thermo Pulse | 252530012 | 33500 | Fisioterapia | AP |
| Ondas Curtas | Quark | 976 | | 905 | Fisioterapia | AP |
| Seladora | Agir | Protec Seal | | | Santa Casa | AP |
| Tens/Fens | Ibramed | Neurodyn II | 244370038 | 33901 | Fisioterapia | AP |
| Tens/Fens | HTM | Tens/Fens | 99071 | | Fisioterapia | AP |
| Tens/Fens | HTM | Tens/Fens | 99066 | | Fisioterapia | AP |
| Tens/Fens | Ibramed | Neurodyn II | 229220079 | 33738 | Fisioterapia | AP |
| Tens/Fens | Carci | Tensmed II | 40443113 | 24203 | Fisioterapia | Em man |
| Tens/Fens | Ibramed | Neurodyn II | 254140022 | 33737 | Fisioterapia | AP |
| Tens/Fens | Carci | Tensmed II | 40443114 | 24204 | Fisioterapia | Em man |
| Ultrassom | HTM | Sonic Compact | 99428 | | Fisioterapia | AP |
| Ultrassom | Carci | Sonomed IV | 41443821 | 24199 | Fisioterapia | AP |
| Ultrassom | Ibramed | Sonopulse | 211430082 | 33431 | Fisioterapia | AP |
| Ultrassom | Carci | Sonomed IV | 1844 | | Fisioterapia | AP |
| Ultrassom | Carci | Sonomed IV | 41443823 | 24201 | Fisioterapia | RP |
| Ultrassom | Quark | Proseven | 450 | | Fisioterapia | AP |

Observações:

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Maria Patrícia G. Gouvea Gol.
Supervisora de Patrimônio
RG 30.435.283-4
Santa Casa de Misericórdia de Ilhorr

Eduardo Dyszy
Resp. Técnico
Support Med


Eduardo Dyszy


Dra. Maria Paula Dias de Freitas
Fisioterapeuta/
CREFITO 31246911-B

Responsável (Hosp)



Atendimento Santa Casa

Data Atendimento:

11/04/2018

| Equipamento | Marca | Modelo | Numero de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado | Reprovado |
|------------------|----------------|---------------|------------------|------------|--------------|---------------|-----------|
| Autoclave | Cristofoli | Vitale | VF6110397L487365 | 33878 | Santa casa | AP | |
| Balança | Welmy | R 110 | 51673 | | Santa casa | AP | |
| Colposcopio | MedPej | PE-2000RL | 59745 | | Santa casa | AP | |
| Colposcopio | DF Vasconcelos | | 970 | | Santa casa | AP | |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506007816 | | Santa casa | AP | |
| Esfigmomanometro | Premium | Obeso | 2720929 | | Santa casa | AP | |
| Esfigmomanometro | Aneróide | Adulto | 11375 | | Santa casa | AP | |
| Esfigmomanometro | Aneróide | Adulto | 11783 | | Santa casa | AP | |
| Foco de Luz | MedPej | FC-3000 | 77389 | 26865 | Santa casa | AP | |
| Negatoscopio | Komex | 1 Parede | | 6 | Santa casa | AP | |
| Seladora | Agir | Protec Seal | | | Santa casa | AP | |
| Infravermelho | AG | Pedestal | 1215.A | | Fisioterapia | AP | |
| Infravermelho | | | | | Fisioterapia | AP | |
| Infravermelho | Arktus | | | | Fisioterapia | AP | |
| Infravermelho | Arktus | | | | Fisioterapia | AP | |
| Infravermelho | Phillips | | | | Fisioterapia | AP | |
| Infravermelho | | | | 9294 | Fisioterapia | AP | |
| Laser | Ibramed | Laserpulse | 288830030 | 33901 | Fisioterapia | AP | |
| Laser | Ibramed | Laserpulse | 241380002 | 33378 | Fisioterapia | | PP |
| Ondas Curtas | Ibramed | Thermo Pulse | 3622 | | Fisioterapia | AP | |
| Ondas Curtas | Bioset | Thermowave | | 202 | Fisioterapia | AP | |
| Ondas Curtas | Ibramed | Thermo Pulse | 252530012 | 33500 | Fisioterapia | AP | |
| Ondas Curtas | Quark | 976 | | 905 | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | Ibramed | Neurodyn II | 244370038 | 33901 | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | HTM | Tens/Fens | 99071 | | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | HTM | Tens/Fens | 99066 | | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | Ibramed | Neurodyn II | 229220079 | 33738 | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | Carci | Tensmed II | 40443113 | 24203 | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | Ibramed | Neurodyn II | 254140022 | 33737 | Fisioterapia | AP | |
| Tens/Fens | Carci | Tensmed II | 40443114 | 24204 | Fisioterapia | Em Manutenção | |
| Ultrassom | HTM | Sonic Compact | 99428 | | Fisioterapia | AP | |
| Ultrassom | Carci | Sonomed IV | 41443821 | 24199 | Fisioterapia | AP | |
| Ultrassom | Ibramed | Sonopulse | 211430082 | 33431 | Fisioterapia | AP | |
| Ultrassom | Carci | Sonomed IV | 1844 | | Fisioterapia | AP | |
| Ultrassom | Carci | Sonomed IV | 41443823 | 24201 | Fisioterapia | Em Manutenção | |
| Ultrassom | Quark | Proseven | 450 | | Fisioterapia | AP | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

OBSERVAÇÕES: Retirado Conto do Saram (BRANIEI)

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

TÉCNICO: Eduardo Dyszy Resp. Técnico
Support Med RESPONSÁVEL / HOSPITAL _____
Support Med

Maria Patricia C. Gouvea Gomes
Supervisora de Patrimônio
RG 30.435 283-4
Santa Casa de Misericórdia de Ithabela

Avenida Presidente Kennedy nº 1335 Conj. 2 - Santa Maria - São Caetano do Sul - São Paulo
CEP: 09560-010

www.supporthospitalar.com.br Telefone: (11) 4227-4700



CENTRO DE REFERÊNCIA ANIMAL

DATA ATENDIMENTO: 11/04/18

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|-----------------------|-------------|--------------|---------------|------------|------------------|----------|
| Bomba de Infusão | Mindray | Sk-600 I Vet | 50302109 | 35377 | Centro Cirúrgico | AP |
| Carro de anestesia | Brasmed | VET 1000 | V1000P4530116 | 35371 | Centro Cirúrgico | AP |
| Monitor Multi | Brasmed | Brasmed Vet | 160322015 | 35372 | Centro Cirúrgico | AP |
| Autoclave | Cristofoli | Vitale | 434397 | 32267 | CME | AP |
| Autoclave | Cristofoli | Vitale | VF6110126 | 32268 | CME | RP |
| Camara de conservação | Metal Frio | VB50R | VB50R4001 | 32256 | Consultório 2 | AP |
| Foco de Luz | Santa Luzia | Auxiliar | | 32276 | Centro Cirúrgico | AP |
| Foco de Luz | Ramsor | Cirúrgico | | | Centro Cirúrgico | AP |
| Foco de Luz | Ramsor | Cirúrgico | | | Centro Cirúrgico | AP |
| Balança | Ramuza | DP-200 | 30231 | | Triagem | AP |
| Seladora | SupriMax | Pedal | | 32270 | CME | AP |

Observações:

Autoclaves não apenas retidas para consulta

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Eduardo Dvzzy
Eduardo Dvzzy
Resp. Técnico
Support Med
Técnico

Dayane S. Ferraz
Responsável (Hosp)

Avenida Presidente Kennedy nº 1335 Conj. 2 - Santa Maria – São Caetano do Sul – São Paulo
CEP: 09560-010

www.supporthospitalar.com.br Telefone: (11) 4227-4700



Atendimento Hospital Mario Covas

Data atendimento:

11/04/2018

| Equipamento | Marca | Modelo | Numero de Série | Patrimônio | Setor | APROVADO | REPROVA |
|-----------------------|-----------|-------------|-----------------|------------|-----------------------|----------|---------|
| Bisturi | EMAI | BP-400 Plus | 10EQ00551 | 35355 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Bisturi | EMAI | BP-400 Plus | 031Q230 | 19054 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Capnografo | EMAI | MX-200 | 031Q115 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Carro de Anestesia | KTK | Fuji | 4698 | 23094 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Carro de Anestesia | Takaoka | Samurai | 957 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Carro de Anestesia | Takaoka | | | 13488 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Desfibrilador | EMAI | DX-10 | 022Q168 | 12858 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Esfigmomanometro | Premium | Obeso | 3762136 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Esfigmomanometro | Solidor | Adulto | 80265 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Foco Cirúrgico | MedPej | FL-2000 | 148698 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Foco Cirúrgico | Baumer | F-450P | 2431 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Foco Cirúrgico | MedPej | FL-2000 | 148697 | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Foco de Luz | Mikatos | Auxiliar | | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Mesa Cirúrgica | Baumer | A-400 | | 12872 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Mesa Cirúrgica | Mercedes | IMEC | | | Centro Cirúrgico | AP | |
| Monitor Multi | Dixtal | DX-2023 | 142311755 | 33241 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Monitor Multi | EMAI | MX-300 | 031Q516 | 20269 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Monitor Multi | Prolife | P 10 | P0800414 | 21349 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Monitor Multi | Dixtal | DX-2023 | 142311760 | 33242 | Centro Cirúrgico | AP | |
| Desfibrilador | Instramed | HS03 | 40303CT161 | | Corredor Emergência | AP | |
| Oxímetro | NewMed | Oxylite | 03.11.036.0 | 21124 | Corredor Emergência | AP | |
| Oxímetro | NewMed | Oxylite | 03.11.046.0 | 21125 | Corredor Emergência | AP | |
| Oxímetro | NewMed | Oxylite | 03.11.026.0 | 21120 | Corredor Emergência | AP | |
| Autoclave | Baumer | B-100 | 24601071 | 12874 | CME | AP | |
| Autoclave | Baumer | B-364 | | 9924 | CME | AP | |
| Seladora | RON | RSP-350 | 8414 | | CME | AP | |
| Thermodesinfectora | Baumer | E-2000 | | | CME | AP | |
| Camara de conservação | Consul | 280 | | | Agencia Transfusional | AP | |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 50961 | 36233 | Sala de Equipamentos | AP | |
| Detector Fetal | Microem | MD 700 | 12303 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Detector Fetal | Microem | MD 700 | 27 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Detector Fetal | MedPej | DF-4001 | 101077 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Detector Fetal | MedPej | DF-4001 | 101063 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Detector Fetal | MedPej | DF-7001 | 117130 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Eletrocardiógrafo | Ecafix | ECG-12 | 221742 | 19932 | Sala de Equipamentos | AP | |
| Eletro cauterio | Ecafix | BP-100 Plus | 10EQ01487 | 20042 | Sala de Equipamentos | AP | |
| Esfigmomanometro | Premium | Pedestal | 606816 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Esfigmomanometro | Premium | Pedestal | 606979 | | Sala de Equipamentos | AP | |
| Esfigmomanometro | Premium | Pedestal | 514774 | | Sala de Equipamentos | AP | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|---------------------|-------------|---------------|-------------------|-------|----------------------|----------------|
| Esfigmomanometro | Premium | Pedestal | 514633 | | Sala de Equipamentos | AP |
| Esfigmomanometro | Premium | Pedestal | 514641 | | Sala de Equipamentos | AP |
| Esfigmomanometro | Premium | Pedestal | 512789 | | Sala de Equipamentos | AP |
| Monitor Multi | Takaoka | Oxicap | 260 | 9843 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Takaoka | Oxifast | | 13134 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Takaoka | Oxifast | | 13133 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 3110450 | 21118 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Moriya | M 1000 | 115496 | | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 3110290 | 21119 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 3110380 | 21117 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 3110420 | 21122 | Sala de Equipamentos | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 3110440 | 21123 | Sala de Equipamentos | AP |
| Seladora | R.Baião | | | 24400 | Sala de Equipamentos | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Microtak | 841 | | Sala de Equipamentos | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41069 | UTI-Adulto | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41068 | UTI-Adulto | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41067 | UTI-Adulto | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41066 | UTI-Adulto | AP |
| Desfibrilador | Instramed | CardioMax | 50205CM7205 | 29567 | UTI-Adulto | AP |
| Eletrocardiógrafo | Mortara | ELI 150 C | 1.141.210.213.634 | 41071 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T 5 | T0500165 | 41219 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T 5 | T0500154 | 41017 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T 5 | T0500152 | 41018 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T 5 | T0500151 | 41016 | UTI-Adulto | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 2015110553 | 41059 | UTI-Adulto | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxyline | 3110330 | 21121 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3688 | 41065 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3679 | 41063 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3676 | 41062 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3671 | 41064 | UTI-Adulto | AP |
| Desfibrilador | Instramed | CardioMax | 042016CM8610 | 36167 | Tomografia | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P 10 | P0800423 | 21337 | Tomografia | AP |
| Aspirador | Aspira Vida | | | | Maternidade | AP |
| Aspirador | NS | Aspira Max | 7603374 | | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 48754 | | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | W110H | 20637 | 36148 | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 48756 | | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 50920 | 36149 | Maternidade | AP |
| Cardiotoco | TOITU | MT-516 | MO11029 | 35993 | Maternidade | AP |
| Cardiotoco | TOITU | MT-516 | 9720202 | 23346 | Maternidade | AP |
| Desfibrilador | CMOSDRAKE | Vivo | 314056572 | | Maternidade | AP |
| Detector Fetal | MedPej | DF 4001 | 101079 | | Maternidade | Em. manutenção |
| Detector Fetal | MedPej | DF-4001 | 101086 | | Maternidade | Em. manutenção |
| Esfigmomanometro | Solidor | Adulto | G06345 | | Maternidade | AP |
| Esfigmomanometro | Premium | Adulto | 4511888 | | Maternidade | AP |
| Esfigmomanometro | Premium | Adulto | 4511827 | | Maternidade | AP |
| Foco de Luz | MedPej | FC-4000 | 99167 | 32383 | Maternidade | AP |
| Foco de Luz | Mikatos | | | | Maternidade | AP |
| Foco de Luz | | | | 32454 | Maternidade | AP |

| | | | | | | |
|---------------------|------------|-----------|--------------|-------|-----------------------|---------------|
| Monitor Multi | Prolife | P 10 | P0800426 | 21338 | Maternidade | Em manutenção |
| Monitor Multi | Prolife | P 10 | P0800424 | 21347 | Maternidade | AP |
| Oxímetro | NewMed | Oxylite | 3110490 | 21126 | Maternidade | AP |
| Ventilador Mecânico | Takaoka | Atlanta | 431 | | Maternidade | Em manutenção |
| Monitor Multi | Prolife | P 12 | P0900791 | 35352 | Triagem | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P 12 | P0900801 | 35351 | Triagem | AP |
| Balança | Welmy | W200/5 | 21640 | 33060 | Triagem | AP |
| Desfibrilador | Instramed | CardioMax | 042016CM8608 | 36046 | Emergência | AP |
| Eletrocardiógrafo | Biocare | ECG-300 | 311110629 | 21130 | Emergência | AP |
| Foco Cirúrgico | Baumer | F-450P | 22402432 | 20001 | Emergência | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T 5 | T0500183 | | Emergência | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T 5 | T0500184 | | Emergência | AP |
| Negatoscopio | | 2 Paredes | | 8853 | Emergência | AP |
| Otoscópio | Mikatos | | | | Emergência | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Monterey | 196 | 98938 | Emergência | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Microtak | 51 | 13041 | Emergência | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Carmel | 1337 | 21355 | Emergência | AP |
| Balança | Welmy | W200/5 | 21641 | 33067 | Internação | AP |
| Balança | Micheletti | Baby | 3121179 | 20852 | Internação | AP |
| Desfibrilador | TEB | CV10+ | 121101005 | 21336 | Internação | AP |
| Eletrocardiógrafo | Biocare | ECG-300 | 311110628 | 21129 | Internação | AP |
| Negatoscopio | | 2 Paredes | | 6871 | Internação | AP |
| Balança | Fillzola | Baby | 2580 | | Sala de Estabilização | AP |
| Desfibrilador | TEB | CV10+ | 121100805 | 21345 | Sala de Estabilização | AP |
| Eletrocardiógrafo | Biocare | ECG-300 | 311110629 | 21131 | Sala de Estabilização | Em manutenção |
| Esfigmomanometro | Solidor | Adulto | 81269 | | Sala de Estabilização | AP |
| Foco de Luz | MedPej | FC-4000 | 92159 | 31210 | Sala de Estabilização | AP |
| Monitor Multi | Instramed | Inmax10 | 082016MX5894 | 36048 | Sala de Estabilização | AP |
| Monitor Multi | Instramed | Inmax10 | 072016MX5782 | 36047 | Sala de Estabilização | AP |
| Negatoscopio | | 2 Paredes | | 21145 | Sala de Estabilização | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Carmel | 1335 | 21356 | Sala de Estabilização | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Carmel | 1349 | 23001 | Sala de Estabilização | AP |

OBSERVAÇÕES: trocar Bateria Elétrica montada, e trocar Senses de SPO2 NFO.

TÉCNICO: Eduardo Dyszy Resp. Técnico Support Med
 RESPONSÁVEL / HOSPITAL: Sandra Mª Macedo S. Pinheiro Administração
 RG: 1P 721.000

Avenida Presidente Kennedy nº 1335 Conj. 2 - Santa Maria - São Caetano do Sul - São Paulo
 CEP: 09560-010

www.supporthospitalar.com.br Telefone: (11) 4227-4700

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



UNIDADES DE SAÚDE

DATA ATENDIMENTO: 25/04/18

UBS - Água Branca

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|------------|------------|-----------------|------------|-----------------|----------|
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 1470 | | UBS-Água Branca | AP |
| Balança | Micheletti | MIC 1/CA | 60360 | | UBS-Água Branca | AP |
| Camara de vacina | Gelopar | GPTU-570 | 2013081000 | 24283 | UBS-Água Branca | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506007732 | | UBS-Água Branca | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D15033572 | 33374 | UBS-Água Branca | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008070 | | UBS-Água Branca | AP |
| Eletrocardio | Aerotel | Heart Vien | 100292 | | UBS-Água Branca | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 82898 | | UBS-Água Branca | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Adulto | 4492427 | | UBS-Água Branca | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Obeso | 3599811 | | UBS-Água Branca | AP |
| Esfignomanometro | P.A.MED | Adulto | 461654 | | UBS-Água Branca | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 12915 | | UBS-Água Branca | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32175 | UBS-Água Branca | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 24084 | UBS-Água Branca | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32176 | UBS-Água Branca | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 24083 | UBS-Água Branca | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32179 | UBS-Água Branca | AP |
| Inalador | Nevoni | NEB-4004 | 4060 | 3561 | UBS-Água Branca | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | 8697 | UBS-Água Branca | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | 24086 | UBS-Água Branca | AP |
| Otoscópio | | | | | UBS-Água Branca | AP |
| Otoscópio | Kole | | | | UBS-Água Branca | AP |
| Otoscópio | | | | | UBS-Água Branca | AP |
| Otoscópio | | | | | UBS-Água Branca | AP |

Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med
 Eduardo Dyszy

Katiane de Jesus Sirino
 COBEN SP - 0108723
 Responsável (Unid.)

UBS - Alto da Barra

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|------------|-----------|-----------------|------------|-------------------|----------|
| Balança | Welmy | W 110H | 19297 | 35311 | UBS-Alto da Barra | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 34823 | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 39119 | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Camara de vacina | Metal Frio | VB50R | | 32248 | UBS-Alto da Barra | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008069 | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008072 | | UBS-Alto da Barra | AP |

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|------------------|-------------|------------|--------|-------|-------------------|----|
| Eletrocardio | Aerotel | Heart Vien | 100347 | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 12426 | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Foco de Luz | Medpej | FC-3000 | 77391 | 26864 | UBS-Alto da Barra | AP |
| Inalador | Nevoni | Inalotron | 32249 | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Negatoscópio | Santa Luzia | 1 parede | | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | 5078 | UBS-Alto da Barra | AP |
| Negatoscópio | Santa Luzia | 1 parede | | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Alto da Barra | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Alto da Barra | AP |

Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med
 Eduardo Dyszy

Gláucia Ap. Leite Louisa
 Farmácia
 FARM 340.419
 Responsável (Unid.)

UBS - Armação

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|------------|-----------|-----------------|------------|-------------|----------|
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 46602 | 32001 | UBS-Armação | AP |
| Balança | Welmy | W200/5 | 20966 | 31300 | UBS-Armação | AP |
| Camara de vacina | Metal Frio | UB50R | 2151885991074-8 | 32193 | UBS-Armação | AP |
| Detector Fetal | Doppler | Sonotrax | 304044 | | UBS-Armação | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506007812 | | UBS-Armação | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 41690 | | UBS-Armação | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 80598 | | UBS-Armação | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35749 | UBS-Armação | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32105 | UBS-Armação | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32104 | UBS-Armação | AP |
| Inalador | | Inalotron | 3986 | | UBS-Armação | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | | UBS-Armação | AP |
| Otoscópio | | | | | UBS-Armação | AP |
| Otoscópio | MD+ | | | | UBS-Armação | AP |

Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med
 Eduardo Dyszy

Yolanda Delino dos Santos
 Responsável (Unid.)

UBS - Barra Velha

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|----------------|---------|-----------|-----------------|------------|-----------------|---------------|
| Balança | Welmy | W200 | 6576 | 14376 | UBS-Barra Velha | Em Manutenção |
| Balança | Welmy | R-110 | 105182 | 19431 | UBS-Barra Velha | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 15061 | 19427 | UBS-Barra Velha | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4002 | 86611 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506030466 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008067 | | UBS-Barra Velha | AP |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|------------------|---------|----------|-----------------|-------|-----------------|----|
| Detector Fetal | Medpej | DF-4002 | 59501 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506007788 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506007788 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 57603 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Esfignomanometro | P.A.MED | Adulto | 508627 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 7002 | UBS-Barra Velha | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35751 | UBS-Barra Velha | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32238 | UBS-Barra Velha | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32237 | UBS-Barra Velha | AP |
| Foco de Luz | | FC-3000 | 77390 | 26866 | UBS-Barra Velha | AP |
| Inalador | Nevoni | NEB-4004 | 4058 | 3560 | UBS-Barra Velha | AP |
| Inalador | Nevoni | NEB-4004 | 3985 | | UBS-Barra Velha | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | 20641 | UBS-Barra Velha | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | 20642 | UBS-Barra Velha | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Barra Velha | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Barra Velha | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | 35809 | UBS-Barra Velha | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Barra Velha | AP |

Eduardo Dyszy

Resp. Técnico
Support Med

Eduardo Dyszy

Responsável (Unid.)

Eliandra

UBS - Costa Sul

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|------------|------------|-----------------|------------|---------------|----------|
| Balança | Welmy | W 200 | 5171 | 19430 | UBS-Costa Sul | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 39118 | 26535 | UBS-Costa Sul | AP |
| Balança | Welmy | R-110 | 121953 | 23212 | UBS-Costa Sul | AP |
| Balança | Welmy | R-110 | 121954 | 23211 | UBS-Costa Sul | AP |
| Camara de vacina | Metal Frio | VB50R | | 32226 | UBS-Costa Sul | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4002 | 59502 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008064 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D15033574 | 33151 | UBS-Costa Sul | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008068 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4002 | 59504 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Eletrocardio | Aerotel | Heart Vien | 100367 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Obeso | 3190675 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 90814 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 59571 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 57812 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 59204 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Infantil | 2948548 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 73691 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Esfignomanometro | P.A.MED | Adulto | 460933 | | UBS-Costa Sul | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32456 | UBS-Costa Sul | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35752 | UBS-Costa Sul | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 32229 | UBS-Costa Sul | AP |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|--------------|-------------|-----------|--|-------|---------------|----|
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35744 | UBS-Costa Sul | AP |
| Inalador | Nevoni | Inalotron | | 32227 | UBS-Costa Sul | AP |
| Negatoscópio | Santa Luzia | 1 parede | | | UBS-Costa Sul | AP |
| Otoscópio | | MARK II | | | UBS-Costa Sul | AP |
| Otoscópio | | MARK II | | | UBS-Costa Sul | AP |
| Otoscópio | | MARK II | | | UBS-Costa Sul | AP |
| Otoscópio | | | | | UBS-Costa Sul | AP |
| Otoscópio | | MARK II | | | UBS-Costa Sul | AP |

Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med
 Eduardo Dyszy

[Handwritten Signature]
 Responsável (Unid.)

UBS - Itaquanduba

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|-------------|------------|-----------------|------------|-----------------|----------|
| Balança | Micheletti | MIC 1/CA | 60374 | 21040 | UBS-Itaquanduba | AP |
| Balança | Micheletti | Baby | 3121180 | 20869 | UBS-Itaquanduba | AP |
| Camara de vacina | Brastemp | Clean | | 19308 | UBS-Itaquanduba | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D15033571 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008066 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D15033570 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Eletrocardio | Aerotel | Heart Vien | 120562 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | 83210 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Aneróide | Adulto | 11371 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | G13816 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Premium | Obeso | 3598720 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | G06328 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | 96371 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Premium | Infantil | 3750935 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | P.A MED | Adulto | 461609 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Esignomanometro | Aneróide | Adulto | 13450 | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Inalador | Medicate | MD 400 SUP | GN110031 | 20179 | UBS-itaquanduba | AP |
| Negatoscópio | | 1 parede | | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Negatoscópio | Santa Luzia | 1 parede | | 1264 | UBS-Itaquanduba | AP |
| Otoscópio | TK | | | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Otoscópio | TK | | | | UBS-Itaquanduba | AP |
| Otoscópio | Mikatos | | | | UBS-Itaquanduba | AP |

[Handwritten Signature]
 Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Eduardo Dyszy

[Handwritten Signature]
 Alice S. de Jesus
 Enfermeira
 C.R.F. 347.778
 Responsável (Unid.)

UBS - Perequê

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|------------|-----------|-----------------|------------|-------------|----------|
| Balança | Micheletti | MIC 1/CA | 60373 | 201041 | UBS-Perequê | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 48755 | | UBS-Perequê | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506030460 | | UBS-Perequê | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008065 | | UBS-Perequê | AP |
| Esfignomanometro | Solidor | Adulto | 59729 | | UBS-Perequê | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Obeso | 3598758 | | UBS-Perequê | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 10639 | | UBS-Perequê | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 12756 | | UBS-Perequê | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Obeso | 3593792 | | UBS-Perequê | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35750 | UBS-Perequê | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35753 | UBS-Perequê | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35746 | UBS-Perequê | AP |
| Foco de Luz | | Auxiliar | | 35745 | UBS-Perequê | AP |
| Inalador | Nevoni | Inalotron | | 35358 | UBS-Perequê | AP |
| Otoscópio | Mikatos | | | | UBS-Perequê | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Perequê | AP |
| Otoscópio | MD+ | MARK II | | | UBS-Perequê | AP |

Eduardo Dyszy
 Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med

Thaís Batista da Cruz
 Thaís Batista da Cruz
 COREN-SP 544938-EMF
 Responsável (Unid.)

Centro de Saúde III

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|------------|-----------|-----------------|------------|---------------------|----------|
| Balança | Welmy | W200/5 | 5156 | 19429 | Centro de Saúde III | AP |
| Balança | Welmy | R-110 | 121347 | 21497 | Centro de Saúde III | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 46582 | 33218 | Centro de Saúde III | AP |
| Camara de vacina | Metal Frio | UB50R | | 32201 | Centro de Saúde III | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D1506008073 | | Centro de Saúde III | AP |
| Detector Fetal | Doppler | FD-200D | MFD2D15033573 | | Centro de Saúde III | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 12120 | | Centro de Saúde III | AP |
| Esfignomanometro | Premium | Obeso | 3406865 | | Centro de Saúde III | AP |
| Esfignomanometro | Aneróide | Adulto | 12771 | | Centro de Saúde III | AP |
| Foco de Luz | Medpej | FC-3000 | 77386 | 26867 | Centro de Saúde III | AP |
| Foco de Luz | Medpej | FC-3000 | 77388 | 268862 | Centro de Saúde III | AP |
| Negatoscópio | BEM | | | | Centro de Saúde III | AP |
| Otoscópio | TK | | | | Centro de Saúde III | AP |
| Otoscópio | Mikatos | | | | Centro de Saúde III | AD |

Eduardo Dyszy
 Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med

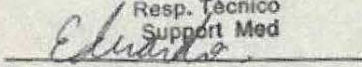
APSM
 Responsável (Unid.)

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Ana Paula...
 Conselho...
 Ent. Especializado...

CAPS

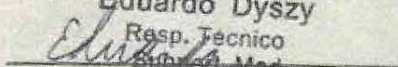
| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrimônio | Setor | Aprovado |
|------------------|-------|--------|-------------|------------|-------|----------|
| Balança | | R-110 | 121889 | 23155 | CAPS | AP |
| Esfignomanometro | | Adulto | 10624 | | CAPS | AP |
| Esfignomanometro | | Adulto | 11777 | | CAPS | AP |
| Esfignomanometro | | Obeso | 2716372 | | CAPS | AP |
| Esfignomanometro | | Adulto | 12090 | | CAPS | AP |

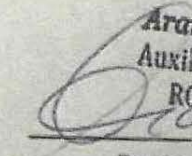
Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med

 Eduardo Dyszy

Jaime Israel dos Santos
 COREN/SP 126.000
 Enfermeiro /

 Responsável (Geral)

Observações:

Eduardo Dyszy
 Resp. Técnico
 Support Med

 Eduardo Dyszy

Recem: 25/04/18
 Araujo Lima de Jesus
 Auxiliar Administrativo
 RG: 18.542.370-7

 Responsável (Geral)

Avenida Presidente Kennedy nº 1335 Conj. 2 - Santa Maria - São Caetano do Sul - São Paulo
 CEP: 09560-010

www.supporthospitalar.com.br Telefone: (11) 4227-4700

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017



HOSPITAL MARIO COVAS

DATA ATENDIMENTO: 25/04/18

| Equipamento | Marca | Modelo | Nº de Série | Patrim. | Setor | Aprovado |
|--------------------|-------------|-------------|-------------------|---------|-----------------------|----------|
| Aspirador | Aspira Vida | | | | Maternidade | AP |
| Aspirador | NS | Aspira Max | 7603374 | | Maternidade | AP |
| Autoclave | Baumer | B-100 | 24601071 | 12874 | CME | AP |
| Autoclave | Baumer | B-364 | | 9924 | CME | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 50961 | 36233 | Sala Equipamentos | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 48754 | | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | W110H | 20637 | 36148 | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 48756 | | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | R/I 109-E | 50920 | 36149 | Maternidade | AP |
| Balança | Welmy | W200/5 | 21640 | 33060 | Triagem | AP |
| Balança | Welmy | W200/5 | 21641 | 33067 | Internação | AP |
| Balança | Micheletti | Baby | 3121179 | 20852 | Internação | AP |
| Bisturi | EMAI | BP-400 Plus | 10EQ00551 | 35355 | Centro Cirúrgico | AP |
| Bisturi | EMAI | BP-400 Plus | 031Q230 | 19054 | Centro Cirúrgico | AP |
| Blança | Filizola | Baby | 2580 | | Sala Estabilização | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41069 | UTI-Adulto | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41068 | UTI-Adulto | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41067 | UTI-Adulto | AP |
| Cama de UTI | Nucleo Tech | | | 41066 | UTI-Adulto | AP |
| Câmara Conservação | Consul | 280 | | | Agência Transfusional | AP |
| Capnógrafo | EMAI | MX-200 | 031Q115 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Cardiotoco | Toitu | MT-516 | mo11029 | 35993 | Maternidade | AP |
| Cardiotoco | Toitu | MT-516 | 9720z02 | 23346 | Maternidade | AP |
| Carro de Anestesia | KTK | Fuji | 4698 | 23094 | Centro Cirúrgico | AP |
| Carro de Anestesia | Takaoka | Samurai | 957 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Carro de Anestesia | Takaoka | | | 13488 | Centro Cirúrgico | AP |
| Desfibrilador | EMAI | DX-10 | 022Q168 | 12858 | Centro Cirúrgico | AP |
| Desfibrilador | Instramed | HS03 | 40303CT161 | | Corredor Emergência | AP |
| Desfibrilador | Instramed | CardioMax | 042016CM8610 | 36167 | Tomografia | AP |
| Desfibrilador | Cmosdrake | Vivo | 314056572 | | Maternidade | AP |
| Desfibrilador | Instramed | CardioMax | 042016CM8608 | 36046 | Emergência | AP |
| Desfibrilador | TEB | CV10+ | 121101005 | 21336 | Internação | AP |
| Desfibrilador | TEB | CV10+ | 121100805 | 21345 | Sala Estabilização | AP |
| Desfibrilador | Instramed | CardioMax | 50205CM7205 | 29567 | UTI-Adulto | AP |
| Detector Fetal | Microem | MD 700 | 12303 | | Sala Equipamentos | AP |
| Detector Fetal | Microem | MD 700 | 27 | | Sala Equipamentos | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4001 | 101077 | | Sala Equipamentos | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4001 | 101063 | | Sala Equipamentos | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-7001 | 117130 | | Sala Equipamentos | AP |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4001 | 101079 | | Maternidade | Em |
| Detector Fetal | Medpej | DF-4001 | 101086 | | Maternidade | Em |
| Eletrocardiografo | Ecafix | ECG-12 | 221742 | 19932 | Sala Equipamentos | AP |
| Eletrocardiografo | Mortara | ELI 150 C | 1.141.210.213.634 | 41071 | UTI-Adulto | AP |

INTERVENÇÃO
DECRETO 0353/2017

| | | | | | | |
|-------------------|-----------|-------------|--------------|-------|---------------------|-------|
| eletrocardiografo | Biocare | ECG-300 | 311110629 | 21130 | Emergência | AP |
| eletrocardiografo | Biocare | ECG-300 | 311110628 | 21129 | Internação | AP |
| eletrocardiografo | Biocare | ECG-300 | 311110629 | 21131 | Sala Estabilização | Em 3m |
| Eletrocauterio | Ecafix | BP-100 Plus | 10EQ01487 | 20042 | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Premium | Obeso | 3762136 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | 80265 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Esignomanometro | Premium | Pedestal | 606816 | | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Premium | Pedestal | 606979 | | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Premium | Pedestal | 514774 | | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Premium | Pedestal | 514633 | | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Premium | Pedestal | 514641 | | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Premium | Pedestal | 512789 | | Sala Equipamentos | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | G06345 | | Maternidade | AP |
| Esignomanometro | Premium | Adulto | 4511888 | | Maternidade | AP |
| Esignomanometro | Premium | Adulto | 4511827 | | Maternidade | AP |
| Esignomanometro | Solidor | Adulto | 81269 | | Sala Estabilização | AP |
| Foco Cirúrgico | Medpej | FL-2000 | 148698 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Foco Cirúrgico | Baumer | F-450P | 2431 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Foco Cirúrgico | Medpej | FL-2000 | 148697 | | Centro Cirúrgico | AP |
| Foco Cirúrgico | Baumer | F-450P | 22402432 | 20001 | Emergência | AP |
| Foco de Luz | Mikatos | Auxiliar | | | Centro Cirúrgico | AP |
| Foco de Luz | Medpej | FC-4000 | 99167 | 32383 | Maternidade | AP |
| Foco de Luz | Mikatos | | | | Maternidade | AP |
| Foco de Luz | | | | 32454 | Maternidade | AP |
| Foco de Luz | Medpej | FC-4000 | 92159 | 31210 | Sala Estabilização | AP |
| Mesa Cirúrgica | Baumer | A-400 | | 12872 | Centro Cirúrgico | AP |
| Mesa Cirúrgica | Mercedes | IMEC | | | Centro Cirúrgico | AP |
| Monitor Multi | Dixtal | DX-2023 | 142311755 | 33241 | Centro Cirúrgico | AP |
| Monitor Multi | EMAI | MX-300 | 031Q516 | 20269 | Centro Cirúrgico | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P10 | P0800414 | 21349 | Centro Cirúrgico | AP |
| Monitor Multi | Dixtal | DX-2023 | 142311760 | 33242 | Centro Cirúrgico | AP |
| Monitor Multi | Takaoka | Oxicap | 260 | 9843 | Sala Equipamentos | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T5 | T0500165 | 41219 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T5 | T0500154 | 41017 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T5 | T0500152 | 41018 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T5 | T0500151 | 41016 | UTI-Adulto | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P 10 | P0800423 | 21337 | Tomografia | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P10 | P0800426 | 21338 | Maternidade | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P10 | P0800424 | 21347 | Maternidade | Em 3m |
| Monitor Multi | Prolife | P12 | P0900791 | 35352 | Triagem | AP |
| Monitor Multi | Prolife | P12 | P0900801 | 35351 | Triagem | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T5 | T0500183 | | Emergência | AP |
| Monitor Multi | Prolife | T5 | T0500184 | | Emergência | AP |
| Monitor Multi | Instramed | Inmax10 | 082016MX5894 | 36048 | Sala Estabilização | AP |
| Monitor Multi | Instramed | Inmax10 | 072016MX5782 | 36047 | Sala Estabilização | AP |
| Negatoscópio | | 2 paredes | | 8853 | Emergência | AP |
| Negatoscópio | | 2 paredes | | 6871 | Internação | AP |
| Negatoscópio | | 2 paredes | | 21145 | Sala Estabilização | AP |
| Otoscópio | Mikatos | | | | Emergência | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 03.11.036.0 | 21124 | Corredor Emergência | AP |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|---------------------|----------|---------------|-------------|-------|---------------------|---------------|
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 03.11.046.0 | 21125 | Corredor Emergência | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 03.11.026.0 | 21120 | Corredor Emergência | AP |
| Oxímetro | Takaoka | Oxifast | | 13134 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Takaoka | Oxifast | | 13133 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110450 | 21118 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Moriya | M 1000 | 115496 | | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110290 | 21119 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110380 | 21117 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110420 | 21122 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110440 | 21123 | Sala Equipamentos | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 2015110553 | 41059 | UTI-Adulto | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110330 | 21121 | UTI-Adulto | AP |
| Oxímetro | Newmed | Oxyline | 3110490 | 21126 | Maternidade | AP |
| Seladora | RON | RSP-350 | 8414 | | CME | AP |
| Seladora | R.Baião | | | 24400 | Sala Equipamentos | AP |
| Thermodesinfectora | Baumer | E-2000 | | | CME | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Microtak | 841 | | Sala Equipamentos | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3688 | 41065 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3679 | 41063 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3676 | 41062 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Magnamed | Fleximag Plus | 3671 | 41064 | UTI-Adulto | AP |
| Ventilador Mecânico | Takaoka | Atlanta | 431 | | Maternidade | Em manutenção |
| Ventilador Mecânico | KTK | Monterey | 196 | 98938 | Emergência | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Microtak | 51 | 13041 | Emergência | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Carmel | 1337 | 21355 | Emergência | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Carmel | 1335 | 21356 | Sala Estabilização | AP |
| Ventilador Mecânico | KTK | Carmel | 1349 | 23001 | Sala Estabilização | AP |

Observações:

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Eduardo Dyszy
Resp. Técnico
Support Med
Eduardo Dyszy

Marlene de Oliveira Silva Santos
CONS. em 11/04/18 - TE

Responsável (Hosp)

25/04/18

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |



| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1659 / 21625-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CELSO CORDEIRO KOCHI EIRELI |
| CPF/CNPJ: | 20.689.713/0001-11 |
| Valor: | R\$ 1.900,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CELSO CORDEIRO KOCHI |
| Histórico: | CONTRATO MANUT NF 232 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 09/05/2018 - 12:46:39 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Código da operação: | 00153246 |
| Chave de segurança: | CKWFUCUFEW8WGEZJF |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
|  | Prefeitura do Município de Belém SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e | | Número da Nota 00000232 | | |
| | | | Data e Hora de Emissão 09/04/2018 16:43:49 | | |
| | | | Código de Verificação 816a457f | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | |
|  | Nome/Razão Social: CELSO CORDEIRO KOCHI EIRELI CPF/CNPJ: 20.689.713/0001-11 Inscrição Municipal : 243963-3 Endereço: PSG CORACAO DE JESUS, Nº000098 - TERREOPARTE - BAIRRO CASTANHEIRA - CEP:66645-385 Município: BELEM UF: PA | | | Telefone: 91 913085896 Email: contabilidadenovaconta@yahoo.com.br | |
| | TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0002-19 Endereço: AVENIDA PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, Nº154 - BAIRRO BARRA VELHA - CEP:11630-000 Município: ILHABELA UF: SP | | | Inscrição Municipal: Telefone: 12 38961710 E-mail: santacasa-ilhabela@hotmail.com | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | | |
| Descrição: REFERENTE A MANUTENÇÃO DE MARÇO DE 2018 | | | | | |
| Tributável SIM | Item SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO | Qtde 1 | Unitário R\$ 1900,00 | Total R\$ 1.900,00 | |
| DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL | | | | | |
| PIS (0,0000%): R\$ 0,00 | COFINS (3,0000%): R\$ 0,00 | INSS (2,0000%): R\$ 0,00 | IR (1,5000%): R\$ 0,00 | CSLL (2,0000%): R\$ 0,00 | |
| VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.900,00 | | | | | |
| Valor Total das Deduções: R\$ 0,00 | Base de Cálculo: R\$ 1.900,00 | Alíquota: 3,10% | Valor do ISS: R\$ 58,90 | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | | |
| Mês de Competência da Nota Fiscal: 04/2018 Local da Prestação do Serviço: ILHABELA/SP Prestador optante Simples Nacional e sua alíquota é 3,10%. | | Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. Incidência: BELEM/PA Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR | | | |
| CNAE: 432230220 - MANUTENCAO DE SISTEMAS CENTRAIS DE AR Serviço: 1401 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de qualquer objeto (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS). | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |



| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1659 / 21625-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CELSO CORDEIRO KOCHI EIRELI |
| CPF/CNPJ: | 20.689.713/0001-11 |
| Valor: | R\$ 650,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CELSO CORDEIRO KOCHI |
| Histórico: | CONTRATO MANUT NF 234 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 11:11:29 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00137730 |
| Chave de segurança: | MVQRGPRY8J0W5U2E |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
|  | Prefeitura do Município de Belém SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e | | Número da Nota 00000234 | | |
| | | | Data e Hora de Emissão 23/04/2018 17:08:30 | | |
| | | | Código de Verificação 6ea6b1ad | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | | |
|  | Nome/Razão Social: CELSO CORDEIRO KOCHI EIRELI CPF/CNPJ: 20.689.713/0001-11 Inscrição Municipal : 243963-3 Endereço: PSG CORACAO DE JESUS, N°000098 - TERREOPARTE - BAIRRO CASTANHEIRA - CEP:66645-385 Município: BELEM UF: PA | | | Telefone: 91 913085896 Email: contabilidadenovaconta@yahoo.com.br | |
| | TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0002-19 Endereço: AVENIDA PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, N°154 - BAIRRO BARRA VELHA - CEP:11630-000 Município: ILHABELA UF: SP | | | Inscrição Municipal: Telefone: 12 38961710 E-mail: santacasa-ilhabela@hotmail.com | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | | |
| Descrição: MANUTENÇÃO CORRETIVA REFERENTE AO MÊS DE FEVEREIRO 2018 | | | | | |
| Tributável SIM | Item MANUTENÇÃO CORRETIVA | Qtde 1 | Unitário R\$ 650,00 | Total R\$ 650,00 | |
| DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL | | | | | |
| PIS (0,0000%): R\$ 0,00 | COFINS (3,0000%): R\$ 0,00 | INSS (2,0000%): R\$ 0,00 | IR (1,5000%): R\$ 0,00 | CSLL (2,0000%): R\$ 0,00 | |
| VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 650,00 | | | | | |
| Valor Total das Deduções: R\$ 0,00 | | Base de Cálculo: R\$ 650,00 | Alíquota: 3,10% | Valor do ISS: R\$ 20,15 | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | | |
| Mês de Competência da Nota Fiscal: 04/2018 Local da Prestação do Serviço: ILHABELA/SP Prestador optante Simples Nacional e sua alíquota é 3,10%. | | Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. Incidência: BELEM/PA Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR | | | |
| CNAE: 432230220 - MANUTENCAO DE SISTEMAS CENTRAIS DE AR Serviço: 1401 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de qualquer objeto (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS). | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



HOSPITAL MARIO COVAS JUNIOR

Av. Professor Malaquias de Oliveira Freitas, nº 154
Barra Velha - Tel/Fax: 3895-3520
e-mail: hospital@ilhabela.sp.gov.br

Secretaria
da Saúde
Ilhabela

Ilhabela, 01 de março de 2018.

Memo nº 085/2018

De: Hospital Mário Covas Jr

Para: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA


Assunto: manutenção ar condicionado Centro Cirúrgico-URGENTE

Prezados Senhores,

O ar condicionado de uma das salas do Centro Cirúrgico parou de funcionar corretamente, está somente resfriando. Solicito autorização para reparo urgente.

Sem mais,

Atenciosamente.


Mariana M. Macedo S. Pinheiro
Administração
RG 1P 791 900

HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COVAS JR.
CNES 2747871
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
BARRA VELHA - ILHABELA

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 2900 / 003 / 00001525-6 |

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Nome destinatário: | ORIGINAL AIR SOLUCOES LTDA ME |
| Valor: | R\$ 3.016,00 |
| Identificação da operação: | ORIGINAL AIR SOLUCOES LTD |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 23/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 23/05/2018 15:55:31 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00337277 |
| Chave de segurança: | ECRL423MU75HKPJJ |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|---|---|------------------------|
| RECEBEMOS DE ORIGINAL AIR SOLUÇÕES LTDA-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES D. Página 891 de 4264 | | NF-e Nº 000.000.146 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |
| | | SÉRIE: 1 |

| | | |
|--|--|--|
|  <p>ORIGINAL AIR SOLUÇÕES LTDA-ME</p> <p>Rua: Peruibe, 423 - - Jardim Alzira Franco, Santo Andre, SP - CEP: 09290320 - Fone/Fax: 1149756799</p> | <p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada 1 - Saída 1</p> <p>Nº 000.000.146 SÉRIE: 1 Página 1 de 1</p> | <p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO 3518 0501 6022 9800 0172 5500 1000 0001 4614 0000 0000</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> |
| | <p>NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA</p> <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 626594622110</p> <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.</p> <p>CNPJ 01.602.298/0001-72</p> <p>PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180345743785 - 22/05/2018 17:12</p> | |

| | | | |
|--|-----------------|--------------------|--------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHA BELA | | 50.320.605/0001-38 | 22/05/2018 |
| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DE ENTRADA/SAÍDA |
| Rua Padre Bronislau Chereck, 15 - | Centro | 11630-000 | 22/05/2018 |
| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| Ilhabela | 1238966655 | SP | HORA DE ENTRADA/SAÍDA 17:00 |

FATURA
PAGAMENTO À VISTA / Num.: À vista - caixa economica - Ag. 2900 - C.C. 1525-6 / V. Orig.: 3.016,00

| | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| | | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.016,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.016,00 | | |

| | | | | | | | |
|--|---------------|--------------|-----------------|-------------|--------------------|----|----------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTI | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
| | | | 0 - Emitente | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | | |
| 1 | caixa papelão | ORIGINAL AIR | 000146 | 0,000 | 2,000 | | |

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------|------|------|-------|--------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| E-002 B - 1 MICRON | ELEMENTO FILTRANTE COALESCENTE FINO | 84212990 | 0101 | 5102 | PC | 6,0000 | 112,0000 | 672,00 | | | | | |
| E-002 A - 0,01 MICRON | ELEMENTO FILTRANTE COALESCENTE SUPER FINO | 84212990 | 0101 | 5102 | PC | 6,0000 | 112,0000 | 672,00 | | | | | |
| OR - 31 | INDICADOR VISUAL DE SATURAÇÃO | 90262010 | 0101 | 5102 | PC | 4,0000 | 200,0000 | 800,00 | | | | | |
| AD-12 | PURGADOR AUTOMÁTICO TIPO BOIA | 84212990 | 0101 | 5102 | PC | 4,0000 | 218,0000 | 872,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | |
|-------------------------|--|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
| | | 108106 | | | |

| | |
|--|--|
| DADOS ADICIONAIS | |
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>ORDEM DE COMPRA Nº 101/18 - - Local de Entrega Rua: Professor Malaquias de Oliveira - Nº 154 - Bairro Barra Velha - CEP 11630-000</p> | <p>RESERVADO AO FISCO</p> <p><i>Antonio Donizette Gonçalves</i> SMS/Manutenção 2-0055... Coordenador de Manutenção/SMS</p> |



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP

CEP 11630-000 - Fone 3896-5766

Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 101/18

FORNECEDOR: ORIGINAL AIR SOLUÇÕES LTDA

CNPJ: 01.602.298/0001-72

BANCO: CAIXA ECONOMICA

AGENCIA: 2900

C/C: 1525-6

VENDEDOR: ADHEMIR GONÇALVES

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-------|------------|--------------|
| 1 | 6 | PC | ELEMENTO FILTRANTE - E 002 - B - 1 MICRON | | R\$ 112,00 | R\$ 672,00 |
| 2 | 6 | PC | ELEMENTO FILTRANTE - E - 002 - A - 001 MICRON | | R\$ 112,00 | R\$ 3.628,60 |
| 3 | 4 | PC | INDICADOR VISUAL (CUPULA ACRILICA, DIAFRAGMA, MOLA E PARAFUSO) | | R\$ 200,00 | R\$ 800,00 |
| 4 | 4 | PC | PURGADOR AUTOMATICO TIPO BOIA | | R\$ 218,00 | R\$ 872,00 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 3.016,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HOSPITAL M.M.C.JNR (MANUTENÇÃO) Nº 128 /18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: AVISTA

ORÇAMENTO Nº 72/2018

LOCAL DE ENT: R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS - Nº 154 - B BARRA VELHA - CEP 11630000

PRAZO DE ENTREGA: 04 DIAS

22/05/2018

José Denilson da Silva
 RG 47.801.156/8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 22.05.18

Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Kátia F. S. Nogueira
 RG 24.689.895-1
 Diretora Administrativa
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 22/05/18

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

GRUPO:

GASES MEDICINAIS

MAIO / 2018

**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32450.000008 06263.101013 1 75060000231000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 26/04/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Bolet | 2.310,00 |
| Juros (R\$): | 4,61 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Multa (R\$): | 46,20 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.360,81 |
| Valor Pago (R\$): | 2.360,81 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORTOGAS NF 862 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 17:18:01 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22746466 |
| Chave de segurança: | 441NXCX282K65KG0 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 26/04/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.038862 | Nosso Número 5000000062631 | Valor do Documento R\$ 2.310,00 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)



Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32450.000008 06263.101013 1 75060000231000

| | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------------------|--|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | | Vencimento 26/04/2018 |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | | Agência / Ident. Beneficiário 4425-3 / 4396324 |
| Data do Documento 27/03/2018 | Número do Documento NF.038862 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 27/03/2018 | Nosso Número 500000006263 1 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | X | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 2.310,00 |
| Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário) Cobrar Mora diária de R\$ 0,77 Cobrar 2% de multa a partir de 29/04/2018 Protestar após 2 dias úteis após vct protesto automatico | | | | | (-) Desconto (-) Abatimento (+) Mora (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado |

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
R. PADRE BRONISLAU CHERECH, 15
11630000 ILHABELA / SP

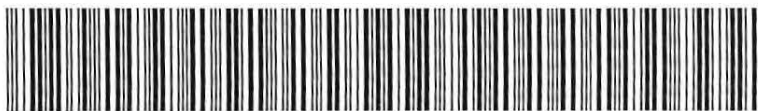
CENTRO

Sacador/Avalista:

CNPJ:

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação

Ilse Nogueira Correia Brandão
RG: 2517606-3
11 de Administrativo 4
29/3/18

| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
|--------|----------------|--------|----------------------|----------------|-----------------|
| 100 | m ³ | 10 | OXIGÊNIO | 22,50 | 2250,00 |
| | | | ACETILENO | | |
| | | | ARGÔNIO | | |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| | | | GLP P20 | | |
| | | | GLP P45 | | |
| 01 | m ³ | 01 | oxigênio Medical PRV | | 60,00 |
| | | | | TOTAL | 2.310,00 |

PEDIDO
OXIGÊNIO PORTOGÁS
GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS
 Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda

Portogás
 TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452
 Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una
 CEP 12072-370 - Taubaté - SP

Vendedor: Quideron
 DATA: 28/03/18

Cliente: Santa Casa Ilhabela
 End. Comercial: _____
 Cidade: _____
 Bairro: _____ Tel.: _____
 CNPJ: _____ Insc.: _____

MF. 038862
 e Bolito
 Assinatura do(s) Comprador(es)

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COM. GASES LTDA. EPP.
R. ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - DISTR. INDUSTRIAL UNA - TAUBATE - SP
TEL: (12) 3621-7000 / (12) 3632-4625 - CEP: 12072-370

Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases

Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr. Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
(12)3632-4625

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA 1
1- SAÍDA

Nº 000.038.862

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0304 4984 1200 0154 5500 1000 0388 6211 1388 5237

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

135180207461301 27/03/2018 17:30:02

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
688225124110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.498.412/0001-54

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 27/03/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 27/03/2018 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

FATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|----------|
| 38862-1 | 26/04/2018 | 2.310,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | V.APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 89,63(3,88%) | 2.310,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.310,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|----|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | | |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-------|------|-------|---------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 2601000210 | OXIGENIO MEDICINAL 2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos: R\$ 87,30 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 100,000 | 22,5000 | 0,00 | 2.250,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2601001738 | OXIGENIO MEDICINAL 1M3 Tributos: R\$ 2,33 | 28042990 | 0102 | 5102 | M3 | 1,000 | 60,0000 | 0,00 | 60,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COVAS JR.
CNES 2747871
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
BARRA VELHA - ILHABELA

ADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$89,63
1) CLIENTE: 03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR: PORTOGAS
2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
3) AO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS
permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$ 71,61, correspondente a aliquota de 3,10 %, nos termos do a
igo 23 da LC123.
RIENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO
OTE: WM - 59/18 - 07 CILINDROS
OTE: WM - 60/18 - 04 CILINDROS

RESERVADO AO FISCO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32450.000008 06313.101013 5 75130000111500 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | | |
|--|------------|--|
| Data do Vencimento: | 03/05/2018 | |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 | |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.115,00 | |
| Juros (R\$): | 2,22 | |
| IOF (R\$): | 0,00 | |
| Multa (R\$): | 22,30 | |
| Desconto (R\$): | 0,00 | |
| Abatimento (R\$): | 0,00 | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.139,52 |
| Valor Pago (R\$): | 1.139,52 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORTOGAS NF38930 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 11:03:37 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29226818 |
| Chave de segurança: | 0HPKJZ0QCTNS9E9J |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
|  033-7 | | | | | RECIBO DO PAGADOR | |
| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Vencimento 09/05/2018 | |
| Beneficiário OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE CNPJ: 04.498.412/0001-54 R ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - - UNA - TAUBATE - SP - CEP: 12072-370 | | | | | Agência / Código Beneficiário 4425 / 4396324 | |
| Data do documento 03/04/2018 | No. do documento NF.038930 | Espécie doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data Processamento 09/05/2018 | Nosso Número 5000000063131 | |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor 0,00 | (-) Valor do Documento 1.139,53 | |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 050320605000138 R.PADRE BRONISLAU CHERECH,15 CENTRO 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | | | |
| Sacador/Avallista: | | | | | | |
| Mensagens / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) | | | | | | |
| APOS VCT PROTESTO AUTOMATICO | | | | | | |

- 2ª via impressa via Internet Banking em 09/05/2018

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|---|--|
|  033-7 | | | | | 03399.43961 32450.000008 06313.101013 5 75130000111500 | |
| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Vencimento 09/05/2018 | |
| Beneficiário OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE CNPJ: 04.498.412/0001-54 R ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - - UNA - TAUBATE - SP - CEP: 12072-370 | | | | | Agência / Código Beneficiário 4425 / 4396324 | |
| Data do documento 03/04/2018 | No. do documento NF.038930 | Espécie doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data Processamento 09/05/2018 | Nosso Número 5000000063131 | |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor 0,00 | (-) Valor do Documento 1.139,53 | |
| Instruções | | | | | (-) Descontos/Abatimento | |
| ESTE BOLETO DESTINA-SE A PAGAMENTO EXCLUSIVO ATE A DATA EXPRESSA NO CAMPO VENCIMENTO. VALOR COBRADO ATUALIZADO COM JUROS, MULTA E DEDUCOES DEVIDOS. | | | | | (+/-) Mora/Multa | |
| | | | | | (-) Valor Cobrado | |


- 2ª via impressa via Internet Banking em 09/05/2018

Ficha de Compensação

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------------------|--|
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 050320605000138 R.PADRE BRONISLAU CHERECH,15 CENTRO 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | | Código de Baixa | |
| Sacador/Avallista: | | | | | Autenticação Mecânica | |



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



PEDIDO

OXIGÊNIO PORTOGÁS

GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS

Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda

Portogás

TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452

Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una
CEP 12072-370 - Taubaté - SP

DATA: 04/04/18

Vendedor Anderson

Cliente: Santa Casa de Ilhabela

End. Comercial: _____

Cidade: _____

Bairro: _____ Tel.: _____

CNPJ: _____ Insc. _____

| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
|--------------------------------------|----------------|--------|-----------------------------------|--------------------------|----------|
| 30 | m ³ | 03x | 10m ³ OXIGÊNIO Medic | 2250 | 675,00 |
| | | | ACETILENO | | |
| | | | ARGÔNIO | | |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| 03 | m ³ | 03x | 01m ³ GLP P20 Oxig Med | 6000 | 180,00 |
| 04 | m ³ | 02x | 02m ³ GLP P45 Oxig Med | 2000 | 80,00 |
| 16 | m ³ | 04x | 04m ³ oxig. Medic. | 4500 | 180,00 |
| NF. 038930 | | | | INTERVENÇÃO | 1.135,00 |
| e Bolita | | | | DECRETO 6353/2017 | |
| Assinatura do(s) Comprador(es) _____ | | | | | |



OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COM. GASES LTDA. EPP.
R. ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - DISTR. INDUSTRIAL UNA - TAUBATE - SP
TELEF: (12) 3631-7000 / (12) 3632-4625 - CEP 12072-370

Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases

Rua Elias Joao Andraus-Neto 351 Distr.Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
(12)3632-4625

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA
1- SAÍDA **1**
Nº 000.038.930
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0389 3015 0410 9389

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
135180222837079 03/04/2018 17:23:09

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
688225124110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.498.412/0001-54

ESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 03/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 03/04/2018 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

ATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|----------|
| 38930-1 | 03/05/2018 | 1.115,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | V.APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 43,25(3,88%) | 1.115,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.115,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | |

ADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSS | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|-----------|---|----------|-------|------|-------|--------|------------|---------|---------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 601000210 | OXIGENIO MEDICINAL 2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:R\$ 26,19 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 30,000 | 22,5000 | 0,00 | 675,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 601001738 | OXIGENIO MEDICINAL 1M3 Tributos:R\$ 6,98 | 28042990 | 0102 | 5102 | M3 | 3,000 | 60,0000 | 0,00 | 180,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 601001396 | OXIGENIO MEDICINAL 4 M3 Tributos:R\$ 6,98 | 28042100 | 0102 | 5102 | CIL | 4,000 | 45,0000 | 0,00 | 180,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 601001275 | OXIGENIO GASOSO MEDICINAL 2 M3 Tributos:R\$ 3,10 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 2,000 | 40,0000 | 0,00 | 80,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

(Handwritten signature)
HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COVAS JR.
CNPJ 2747871
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
BARBA VELHA - ILHABELA

ADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$43,25
1) CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS
2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS
Permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$ 34,56, correspondente a aliquota de 3,10 %, nos termos do artigo 23 da LC123.
ORIENTAÇÃO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO
OTE: WM - 64/18 - 03 CILINDROS
OTE: WM - 65/18 - 04 CILINDROS
OTE: WM - 62/18 - 02 CILINDROS
OTE: WM - 47/18 - 01 CILINDRO

RESERVADO AO FISCO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32450.000008 07014.601012 7 75100000567000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 30/04/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 5.670,00 |
| Juros (R\$): | 17,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 113,40 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

09/05/2018

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 5.800,40 |
| Valor Pago (R\$): | 5.800,40 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORTOGAS NF38948 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 11:05:18 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29229056 |
| Chave de segurança: | ZXM41C815ZEAJ4V0 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
|  033-7 | | | | | RECIBO DO PAGADOR | |
| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Vencimento 09/05/2018 | |
| Beneficiário OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE CNPJ: 04.498.412/0001-54 R ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - - UNA - TAUBATE - SP - CEP: 12072-370 | | | | | Agência / Código Beneficiário 4425 / 4396324 | |
| Data do documento 05/04/2018 | No. do documento NF.038948 | Espécie doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data Processamento 09/05/2018 | Nosso Número 5000000070146 | |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor 0,00 | (=) Valor do Documento 5.800,41 | |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 050320605000138 R.PADRE BRONISLAU CHERECH,15 CENTRO 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | | |
| Mensagens / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) APOS VCT PROTESTO AUTOMATICO | | | | | | |

- 2ª via Impressa via Internet Banking em 09/05/2018

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|---|--|
|  033-7 | | | | | 03399.43961 32450.000008 07014.601012 7 75100000567000 | |
| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Vencimento 09/05/2018 | |
| Beneficiário OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE CNPJ: 04.498.412/0001-54 R ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - - UNA - TAUBATE - SP - CEP: 12072-370 | | | | | Agência / Código Beneficiário 4425 / 4396324 | |
| Data do documento 05/04/2018 | No. do documento NF.038948 | Espécie doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data Processamento 09/05/2018 | Nosso Número 5000000070146 | |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor 0,00 | (=) Valor do Documento 5.800,41 | |
| Instruções ESTE BOLETO DESTINA-SE A PAGAMENTO EXCLUSIVO ATE A DATA EXPRESSA NO CAMPO VENCIMENTO. VALOR COBRADO ATUALIZADO COM JUROS, MULTA E DEDUCOES DEVIDOS. | | | | | (-) Descontos/Abatimento | |
| | | | | | (+) Mora/Multa | |
| | | | | | (=) Valor Cobrado | |

- 2ª via Impressa via Internet Banking em 09/05/2018

Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 050320605000138
R.PADRE BRONISLAU CHERECH,15 CENTRO 11630-000 - ILHABELA - SP

Ficha de Compensação

Sacador/Avalista:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
|  033-7 | | | | | RECIBO DO PAGADOR | |
| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Vencimento 07/05/2018 | |
| Beneficiário OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE CNPJ: 04.498.412/0001-54 R ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - - UNA - TAUBATE - SP - CEP: 12072-370 | | | | | Agência / Código Beneficiário 4425 / 4396324 | |
| Data do documento 05/04/2018 | No. do documento NF.038948 | Espécie doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data Processamento 05/05/2018 | Nosso Número 5000000070146 | |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor 0,00 | (-) Valor do Documento 5.796,63 | |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 050320605000138 R.PADRE BRONISLAU CHERECH,15 CENTRO 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | | |
| Mensagens / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) APOS VCT PROTESTO AUTOMATICO | | | | | | |

- 2ª via impressa via Internet Banking em 05/05/2018

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|---|--|
|  033-7 | | | | | 03399.43961 32450.000008 07014.601012 7 75100000567000 | |
| Local de Pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER | | | | | Vencimento 07/05/2018 | |
| Beneficiário OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE CNPJ: 04.498.412/0001-54 R ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - - UNA - TAUBATE - SP - CEP: 12072-370 | | | | | Agência / Código Beneficiário 4425 / 4396324 | |
| Data do documento 05/04/2018 | No. do documento NF.038948 | Espécie doc. DM | Aceite NAO ACEITO | Data Processamento 05/05/2018 | Nosso Número 5000000070146 | |
| Uso do Banco | Carteira RAPIDA C/REG | Espécie Moeda REAL | Quantidade | (x) Valor 0,00 | (-) Valor do Documento 5.796,63 | |
| Instruções ESTE BOLETO DESTINA-SE A PAGAMENTO EXCLUSIVO ATE A DATA EXPRESSA NO CAMPO VENCIMENTO. VALOR COBRADO ATUALIZADO COM JUROS, MULTA E DEDUÇÕES DEVIDOS. | | | | | (-) Descontos/Abatimento | |
| | | | | | (+) Mora/Multa | |
| | | | | | (-) Valor Cobrado | |

- 2ª via impressa via Internet Banking em 05/05/2018

Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA 050320605000138
R.PADRE BRONISLAU CHERECH,15 CENTRO 11630-000 - ILHABELA - SP

Ficha de Compensação

Sacador/Avalista:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| RECEBEMOS DE Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NFe INDICADA AO LADO Emissão: 04/04/2018 Dest/Rem: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Valor Total: 5.670,00 | | NF-e Nº 000.038.948 Série 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|--|--|
|  <p>Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr.Indl. Una TAUBATE SP 12072-370 (12)3632-4625</p> | <p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0- ENTRADA 1 1- SAÍDA 1</p> <p>Nº 000.038.948 SÉRIE 1 FOLHA 1/1</p> |  |
| | | <p>CHAVE DE ACESSO 3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0389 4810 1014 3246</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora</p> |
| <p>NATUREZA OPERAÇÃO VENDE DE MERCADORIA</p> | | <p>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180225396523 04/04/2018 14:56:38</p> |
| <p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110</p> | <p>INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p> | <p>CNPJ 04.498.412/0001-54</p> |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 04/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 04/04/2018 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

FATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|----------|
| 38948-1 | 30/04/2018 | 5.670,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | V.APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 220,00(3,88%) | 5.670,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.670,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-------|------|-------|---------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 2601000210 | OXIGENIO MEDICINAL 2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:R\$ 220,00 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 252,000 | 22,5000 | 0,00 | 5.670,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

DADOS ADICIONAIS

| | |
|---|---|
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$220,00 (1) CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS (2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS Permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$ 175,77, correspondente a aliquota de 3,10%, nos termos do a rigo 23 da LC123. ORIENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO</p> | <p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017</p> |
|---|---|



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32460.000014 26406.301015 4 75270000232500 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 17/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 2.325,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.325,00 |
| Valor Pago (R\$): | 2.325,00 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORTOGAS NF 097 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/05/2018 17:18:03 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 37427821 |
| Chave de segurança: | LKMUY2H9AU49JMWW |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 17/05/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.039.097 | Nosso Número 6000001264063 | Valor do Documento R\$ 2.325,00 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)



Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32460.000014 26406.301015 4 75270000232500

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-------------|--|--------------------------------|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | Vencimento 17/05/2018 | |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | Agência / Ident.Beneficiário 4425-3 / 4396324 | |
| Data do Documento 17/04/2018 | Número do Documento NF.039.097 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 17/04/2018 | Nosso Número 600000126406 3 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (-) Valor do Documento R\$ 2.325,00 | |
| Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto |
| Cobrar Mora diária de R\$ 0,78 | | | | | (-) Abatimento |
| Cobrar 2% de multa a partir de 20/05/2018 | | | | | (+) Mora |
| Protestar após 2 dias úteis | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| após vct protesto automatico | | | | | (=) Valor Cobrado |

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38

R. PADRE BRONISLAU CHERECH, 15

11630000

ILHABELA / SP

CENTRO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Sacador/Avalista:

CNPJ:

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação



OXIGÊNIO PORTOGÁS DO BRASIL COM. GASES LTDA. EPP.
R. ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - DISTR. INDUSTRIAL UNA - TAUBATE - SP
TELE: (12) 3621-7809 / (12) 3632-4625 - CEP 12072-370

Oxigênio Portogás do Brasil Com. Gases

Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr. Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
(12)3632-4625

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
Página 912 de 1264
0- ENTRADA
1- SAÍDA
Nº 000.039.097
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0390 9719 3789 7515

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

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180258557295 17/04/2018 19:33:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL
688225124110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.498.412/0001-54

D
N
C
E
I
M
I
F
P
C
I
T
2
2

| PEDIDO | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------------|----------------|---|
| OXIGÊNIO PORTOGÁS | | | | | |
| GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS | | | | | |
| Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda | | | | | |
| Portogás | | | | | |
| TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452 | | | | | |
| Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una | | | | | Vendedor |
| CEP 12072-370 - Taubaté - SP | | | | | <i>Anderson</i> |
| DATA: <i>17/04/18</i> | | | | | |
| Cliente: <i>Santa Casa Balne</i> | | | | | |
| End. Comercial: _____ | | | | | |
| Cidade: _____ | | | | | |
| Bairro: _____ Tel.: _____ | | | | | |
| CNPJ: _____ Insc. _____ | | | | | |
| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
| <i>90</i> | <i>m³</i> | <i>09</i> | OXIGÊNIO | <i>2250</i> | <i>2025,00</i> |
| <i>05</i> | <i>m³</i> | <i>05</i> | ACETILENO | <i>6000</i> | <i>300,00</i> |
| | | | ARGÔNIO | | |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| | | | GLP P20 | | |
| | | | GLP P45 | | |
| <i>nota nº 039.097</i> <i>Boleto</i> Assinatura do(s) Comprador(es) _____ | | | | | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 <i>2.325,00</i> |

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| 001-38 | DATA DA EMISSÃO 17/04/2018 |
| CEP 11630-000 | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 17/04/2018 |
| | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

| | |
|--------------|--------------------------|
| TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 90,21(3,88%) | 2.325,00 |
| 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | 2.325,00 |

| | | |
|------------------|--------------------|--------------------|
| PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
| | | 04.498.412/0001-54 |
| UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| SP | 688225124110 | |

| TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 2.025,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 300,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

OVAS JR.
EITAS, 154

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

ORIENTAÇÃO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO
LOTE: W.M-66/18
LOTE: W.M-64/18
LOTE: W.M-68/18



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32460.000014 26406.301015 4 75270000232500 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 17/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 2.325,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.325,00 |
| Valor Pago (R\$): | 2.325,00 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORTOGAS NF 097 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/05/2018 17:18:03 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 37427821 |
| Chave de segurança: | LKMUY2H9AU49JMWW |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 17/05/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.039.097 | Nosso Número 6000001264063 | Valor do Documento R\$ 2.325,00 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)



Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32460.000014 26406.301015 4 75270000232500

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-------------|--|--------------------------------|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | Vencimento 17/05/2018 | |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | Agência / Ident.Beneficiário 4425-3 / 4396324 | |
| Data do Documento 17/04/2018 | Número do Documento NF.039.097 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 17/04/2018 | Nosso Número 600000126406 3 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (=) Valor do Documento R\$ 2.325,00 | |
| Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto |
| Cobrar Mora diária de R\$ 0,78 | | | | | (-) Abatimento |
| Cobrar 2% de multa a partir de 20/05/2018 | | | | | (+) Mora |
| Protestar após 2 dias úteis | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| após vct protesto automatico | | | | | (=) Valor Cobrado |

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
R.PADRE BRONISLAU CHERECH, 15
11630000 ILHABELA / SP

CENTRO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Sacador/Avalista:

CNPJ:

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação



30.

OXIGÊNIO PORTOGÁS GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS

Portogás Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda

TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452

Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una

CEP 12072-370 - Taubaté - SP

Vendedor

DATA: 17/04/18

Anderson

Cliente: Santa casa sbalrela

End. Comercial: _____

Cidade: _____

Bairro: _____ Tel.: _____

CNPJ: _____ Insc. _____

| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
|--------|----------------|--------|-----------------|----------------|---------|
| 90 | m ³ | 09 | OXIGÊNIO | 9950 | 9095,02 |
| 05 | m ³ | 05 | ACETILENO | 6000 | 300,00 |
| | | | ARGÔNIO | | } |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| | | | GLP P20 | | |
| | | | GLP P45 | | |

nota nº 039.097

INTERVENÇÃO

2.325,00

DECRETO 6353/2017

Assinatura do(s) Comprador(es)

Boleto



Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases Ltda. EPP
R. ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - DISTR. INDUSTRIAL UNA - TAUBATE - SP
TEL: (12) 3621-7059 / (12) 3632-4625 - CEP 12072-370

Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases

Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr.Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
(12)3632-4625

DANTE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
Página 917 de 1264
0- ENTRADA
1- SAÍDA
Nº 000.039.097
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0390 9719 3789 7515

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

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180258557295 17/04/2018 19:33:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL
688225124110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.498.412/0001-54

ESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 17/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 17/04/2018 |
| | | | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

FATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|----------|
| 39097-1 | 17/05/2018 | 2.325,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | V.APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 90,21(3,88%) | 2.325,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.325,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO/UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|------------|---|----------|-------|------|-------|--------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 2601000210 | OXIGENIO MEDICINAL .2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:RS 78,57 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 90,000 | 22,5000 | 0,00 | 2.025,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2601001181 | OXIGENIO MEDICINAL PPU - ONU 1072 Tributos:RS 11,64 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 5,000 | 60,0000 | 0,00 | 300,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COVAS JR.
CNES 2747871
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
BARRA VELHA - ILHABELA

Maria Helena

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$90,21
(1) CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS
(2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS
Permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$72,07 correspondente a aliquota de 3,10 %, nos termos do a rigo 23 da LC123.
ORIENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO
LOTE: W.M-66/18
LOTE: W.M-64/18
LOTE: W.M-68/18

RESERVADO AO FISCO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 17/04/2018 19:33

Desenvolvido por Horus Informática - Tel (012) 3933-1077



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32470.000012 26440.901010 7 75340000206000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | | |
|--|------------|--|
| Data do Vencimento: | 24/05/2018 | |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 24/05/2018 | |
| Valor Nominal do Boletto: | 2.060,00 | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
| Juros (R\$): | 0,00 | |
| IOF (R\$): | 0,00 | |

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.060,00 |
| Valor Pago (R\$): | 2.060,00 |
| Identificação do Pagamento: | OXIG PORTOGAS NF 39155 |

Data/hora da operação: 24/05/2018 16:00:47

Código da operação: 44291034
Chave de segurança: 1SMLALVAE1YYK6S2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 24/05/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.039.155 | Nosso Número 7000001264409 | Valor do Documento R\$ 2.060,00 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)



Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32470.000012 26440.901010 7 75340000206000

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-------------|--|---|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | | Vencimento 24/05/2018 |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | | Agência / Ident. Beneficiário 4425-3 / 4396324 |
| Data do Documento 24/04/2018 | Número do Documento NF.039.155 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 24/04/2018 | Nosso Número 700000126440 9 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (-) Valor do Documento R\$ 2.060,00 | |
| Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário) | | | | | (-) Desconto |
| Cobrar Mora diária de R\$ 0,69 | | | | | (-) Abatimento |
| Cobrar 2% de multa a partir de 27/05/2018 | | | | | (+) Mora |
| após vct protesto automatico | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
R. PADRE BRONISLAU CHERECH, 15
11630000 ILHABELA / SP

CENTRO

Sacador/Avalista:

CNPJ:

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



30

OXIGÊNIO PORTOGÁS GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS

Portogás

Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda

TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452

Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una
CEP 12072-370 - Taubaté - SP

Vendedor

DATA: 24/04/19

Anderson

Cliente: Santa Casa Albalade

End. Comercial: _____

Cidade: _____

Bairro: _____ Tel.: _____

CNPJ: _____ Insc. _____

| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
|--------|----------------|--------|---------------------------|----------------|---------|
| 20 | m ³ | 08 | OXIGÊNIO | 22,50 | 3800,00 |
| 03 | m ³ | 03 | ACETILENO PPU | 60,00 | 3800,00 |
| 04 | m ³ | 02 | ARGÔNIO 02 m ³ | 40,00 | 80,00 |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| | | | GLP P20 | | |
| | | | GLP P45 | | |

note 039.155
e Balade

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

2.060,00

Assinatura do(s) Comprador(es)



OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COM. GASES LTDA. EPP.
R. ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - DISTR. INDUSTRIAL UNA - TAUBATE - SP
TEL: (12) 3621-7889 / (12) 3622-4625 - CEP: 12072-370

Oxigenio Portogás do Brasil Com. Gases

1a Elias Joao Andraus Neto 351 Distr.Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
2)3632-4625

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Página 922 de 1264
0- ENTRADA 1
1- SAÍDA
Nº 000.039.155
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0391 5516 0275 5331

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

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180275690353 24/04/2018 17:34:16 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 38225124110 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 04.498.412/0001-54 | |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|--|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL ANTANA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 24/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| DATA DA SAÍDA / ENTRADA 24/04/2018 | UNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | HORA DA SAÍDA / ENTRADA | |

DETALHAMENTO DE DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|
| 9155-1 | 24/05/2018 | 2.060,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | V. APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 79,92(3,88%) | 2.060,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.060,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|----|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO RUA ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | | |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V. UNITÁRIO | V. DESC. | V. TOTAL | BC. ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|------------|---|----------|-------|------|-------|--------|-------------|----------|----------|----------|---------|--------|------------|-----------|
| 601000210 | OXIGENIO MEDICINAL 2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:R\$ 69,84 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 80,000 | 22,5000 | 0,00 | 1.800,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 601001181 | OXIGENIO MEDICINAL PPU - ONU 1072 Tributos:R\$ 6,98 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 3,000 | 60,0000 | 0,00 | 180,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 601000576 | OXIGENIO MEDICINAL 1,5 M3. ONU-1072 Tributos:R\$ 3,10 | 28042100 | 0102 | 5102 | M3 | 2,000 | 40,0000 | 0,00 | 80,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Handwritten signature
HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COIMBRA
CNPES 2747324
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS
BARRAVELHA - ILHABELA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$79,92
(1) CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS
(2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS
Permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$63,86 correspondente a aliquota de 3,10 %, nos termos do artigo 23 da LC123.
ORIENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO

RESERVADO AO FISCO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32470.000012 26555.301014 7 75430000560250 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 02/06/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 30/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 5.602,50 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32460.000014 26406.301015 4 75270000232500 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 17/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 2.325,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.325,00 |
| Valor Pago (R\$): | 2.325,00 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORTOGAS NF 097 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/05/2018 17:18:03 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 37427821 |
| Chave de segurança: | LKMUY2H9AU49JMWW |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 17/05/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.039.097 | Nosso Número 6000001264063 | Valor do Documento R\$ 2.325,00 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)



Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32460.000014 26406.301015 4 75270000232500

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-------------|--|--------------------------------|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | Vencimento 17/05/2018 | |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | Agência / Ident.Beneficiário 4425-3 / 4396324 | |
| Data do Documento 17/04/2018 | Número do Documento NF.039.097 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 17/04/2018 | Nosso Número 600000126406 3 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (=) Valor do Documento R\$ 2.325,00 | |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)

Cobrar Mora diária de R\$ 0,78
Cobrar 2% de multa a partir de 20/05/2018
Protestar após 2 dias úteis
após vct protesto automatico

(-) Desconto

(-) Abatimento

(+) Mora

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
R.PADRE BRONISLAU CHERECH, 15
11630000 ILHABELA / SP

CENTRO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Sacador/Avalista:

CNPJ:

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação



230

PEDIDO

Página 927 de 1264

OXIGÊNIO PORTOGÁS GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS

Portogás Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda

TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452
Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una
CEP 12072-370 - Taubaté - SP

Vendedor

DATA: 17/04/18

Anderson

Cliente: Santa Casa de Misericórdias

End. Comercial:

Cidade:

Bairro: Tel.:

CNPJ: Insc.:

| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
|--------|----------------|--------|-----------------|----------------|---------|
| 90 | m ³ | 09 | OXIGÊNIO | 2250 | 2025,00 |
| 05 | m ³ | 05 | ACETILENO | 6000 | 300,00 |
| | | | ARGÔNIO | | } |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| | | | GLP P20 | | |
| | | | GLP P45 | | |

nota nº 039.097

Boleto

Assinatura do(s) Comprador(es)

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

2.325,00

Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases

Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr.Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
(12)3632-4625

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
Página 928 de 1264
0-ENTRADA 1
1- SAÍDA
Nº 000.039.097
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0390 9719 3789 7515

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

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180258557295 17/04/2018 19:33:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL
688225124110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.498.412/0001-54

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 17/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 17/04/2018 |
| | | | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

FATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|----------|
| 39097-1 | 17/05/2018 | 2.325,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | V.APROX. TRIBUTOS 90,21(3,88%) | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.325,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 2.325,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|----|--------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | | |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|------------|--|----------|-------|------|-------|--------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 2601000210 | OXIGENIO MEDICINAL 2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:RS 78,57 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 90,000 | 22,5000 | 0,00 | 2.025,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2601001181 | OXIGENIO MEDICINAL PPU - ONU 1072 Tributos:RS 11,64 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 5,000 | 60,0000 | 0,00 | 300,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COVAS JR.
CNES 2747871
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
BARRA VELHA - ILHABELA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$90,21
(1) CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS
(2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS
Permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$72,07 correspondente a aliquota de 3,10 %, nos termos do artigo 23 da LC123.
ORIENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO
LOTE: W.M-66/18
LOTE: W.M-64/18
LOTE: W.M-68/18

RESERVADO AO FISCO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32470.000012 26440.901010 7 75340000206000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | | |
|--|------------|--|
| Data do Vencimento: | 24/05/2018 | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 24/05/2018 | |
| Valor Nominal do Boleto: | 2.060,00 | |
| Juros (R\$): | 0,00 | |
| IOF (R\$): | 0,00 | |
| | | |

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.060,00 |
| Valor Pago (R\$): | 2.060,00 |
| Identificação do Pagamento: | OXIG PORTOGAS NF 39155 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 24/05/2018 16:00:47 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 44291034 |
| Chave de segurança: | 1SMLALVAE1YYK6S2 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 24/05/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.039.155 | Nosso Número 7000001264409 | Valor do Documento R\$ 2.060,00 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)

Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32470.000012 26440.901010 7 75340000206000

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-------------|---|--------------------------------|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | Vencimento 24/05/2018 | |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | Agência / Ident. Beneficiário 4425-3 / 4396324 | |
| Data do Documento 24/04/2018 | Número do Documento NF.039.155 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 24/04/2018 | Nosso Número 700000126440 9 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (-) Valor do Documento R\$ 2.060,00 | |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)

Cobrar Mora diária de R\$ 0,69
Cobrar 2% de multa a partir de 27/05/2018
após vct protesto automatico

(-) Desconto

(-) Abatimento

(+) Mora

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
R. PADRE BRONISLAU CHERECH, 15
11630000 ILHABELA / SP

CENTRO

Sacador/Avalista:

CNPJ:

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Portogás

230

PEDIDO

Página 932 de 1264

OXIGÊNIO PORTOGÁS GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS

Oxigênio - Acetileno - Nitrogênio - Argônio e Mistura - Acessórios para Corte e Solda

TELS.: (0xx12) 3621-7809 - 3632-4625 - 3635-5452

Rua Elias João Andraus Neto, 351 - Distr. Industrial do Una

CEP 12072-370 - Taubaté - SP

Vendedor

DATA: 24/04/10

Anderson

Cliente: Santa Casa Albalade

End. Comercial: _____

Cidade: _____

Bairro: _____ Tel.: _____

CNPJ: _____ Insc. _____

| Quant. | Unid. | Código | DESCRIÇÃO | Preço Unitário | TOTAL |
|--------|----------------|--------|---------------------------|----------------|---------|
| 80 | m ³ | 08 | OXIGÊNIO | 22,50 | 1800,00 |
| 03 | m ³ | 03 | ACETILENO RRU | 60,00 | 180,00 |
| 04 | m ³ | 02 | ARGÔNIO 02 m ³ | 40,00 | 160,00 |
| | | | MISTURA | | |
| | | | NITROGÊNIO | | |
| | | | DIÓXIDO CARBONO | | |
| | | | ARGÔNIO UP | | |
| | | | NITROGÊNIO UP | | |
| | | | HÉLIO | | |
| | | | ÓXIDO NITROSO | | |
| | | | GLP P20 | | |
| | | | GLP P45 | | |

nota 039.155
e Balança

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

2.060,00

Assinatura do(s) Comprador(es)



OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COM. GASES LTDA. EPP.
R. ELIAS JOAO ANDRAUS NETO, 351 - DISTR. INDUSTRIAL UNA - TAUBATE - SP.
TEL: (12) 3621-7000 / (12) 3632-4625 - CEP 12072-370

Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases

Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr.Indl. Una
TAUBATE SP 12072-370
(12)3632-4625

DANTE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
Página 933 de 1264
0- ENTRADA
1- SAÍDA
Nº 000.039.155
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0404 4984 1200 0154 5500 1000 0391 5516 0275 5331

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

| | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180275690353 24/04/2018 17:34:16 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 04.498.412/0001-54 | |

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 24/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 24/04/2018 |
| | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

FATURA/DUPLICATAS

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|------------|----------|
| 39155-1 | 24/05/2018 | 2.060,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | V.APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 79,92(3,88%) | 2.060,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.060,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------|------------------|----|------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | MUNICÍPIO TAUBATE | | | SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-------|------|-------|--------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| 2601000210 | OXIGENIO MEDICINAL 2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:R\$ 69,84 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 80,000 | 22,5000 | 0,00 | 1.800,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2601001181 | OXIGENIO MEDICINAL PPU - ONU 1072 Tributos:R\$ 6,98 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 3,000 | 60,0000 | 0,00 | 180,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3601000576 | OXIGENIO MEDICINAL 1,5 M3.ONU-1072 Tributos:R\$ 3,10 | 28042100 | 0102 | 5102 | M3 | 2,000 | 40,0000 | 0,00 | 80,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Handwritten signature
HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS
CNPES 274088
R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS
BARRA VELHA - ILHABELA

DADOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES
butos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$79,92
CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS
DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
O GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS
mitte o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$63,86 correspondente a aliquota de 3,10 %, nos termos do a
o 23 da LC123.
IENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO

RESERVADO AO FISCO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 03399.43961 32470.000012 26555.301014 7 75430000560250 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO SANTANDER S.A. |
| Código do Banco: | 033 |
| Código do ISPB: | 90400888 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL COMERCIO DE |
| CPF/CNPJ: | 04.498.412/0001-54 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 02/06/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 30/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 5.602,50 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 5.602,50 |
| Valor Pago (R\$): | 5.602,50 |
| Identificação do Pagamento: | OXIGENIO PORT NF 39272 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 30/05/2018 17:21:15 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 50565678 |
| Chave de segurança: | UQM2YLMR35UCMY5H |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | Vencimento 02/06/2018 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILH | Número do Documento NF.039.272 | Nosso Número 7000001265553 | Valor do Documento R\$ 5.602,50 |

Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário)



Santander

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pela Instituição Financeira Receptora:

Sacador/Avalista:

CNPJ:



033-7

03399.43961 32470.000012 26555.301014 7 75430000560250

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------|-------------|--|--|
| Local de Pagamento Pagar preferencialmente no Grupo Santander - GC | | | | | Vencimento 02/06/2018 |
| Beneficiário Oxigenio Portogas do Brasil Comercio de - CNPJ/CPF: 04498412000154 | | | | | Agência / Ident.Beneficiário 4425-3 / 4396324 |
| Data do Documento 03/05/2018 | Número do Documento NF.039.272 | Espécie Documento DM | Aceite N | Data do Processamento 03/05/2018 | Nosso Número 700000126555 3 |
| Carteira 101 - RÁPIDA COM REGISTRO | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (-) Valor do Documento R\$ 5.602,50 | |
| Instruções (termo de responsabilidade do beneficiário) Cobrar Mora diária de R\$ 1,87 Cobrar 2% de multa a partir de 05/06/2018 após vct protesto automatico | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Abatimento |
| | | | | | (+) Mora |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

Pagador:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA - CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
R.PADRE BRONISLAU CHERECH, 15
11630000 ILHABELA / SP

CENTRO

Sacador/Avalista:

CNPJ:

Autenticação Mecânica



Ficha de Compensação
INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| RECEBEMOS DE Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases OS PRODUTOS/SERVICOS CONSTANTES DA NFe INDICADA AO LADO Emissão: 03/05/2018 Dest/Rem: SANTA CASA DE MISE Página 937 de 1264 Total: 5.602,50 | | NF-e Nº 000.039.272 Série 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|--|--|
|  <p>Oxigenio Portogas do Brasil Com. Gases Rua Elias Joao Andraus Neto 351 Distr.Indl. Una TAUBATE SP 12072-370 (12)3632-4625</p> | <p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0- ENTRADA 1- SAÍDA 1 Nº 000.039.272 SÉRIE 1 FOLHA 1/1</p> |  |
| | | <p>CHAVE DE ACESSO 3518 0504 4984 1200 0154 5500 1000 0392 7213 6106 9311</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora</p> |
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180296879649 03/05/2018 11:51:39 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 04.498.412/0001-54 |

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 03/05/2018 |
| ENDEREÇO RUA: PADRE BRONISLAU CHERECH 015 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12)3895-3520 | UF SP | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 03/05/2018 |
| | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA / ENTRADA |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| FATURA/DUPLICATAS | | |
| NÚMERO 39272-1 | VENCIMENTO 02/06/2018 | VALOR 5.602,50 |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | V.APROX. TRIBUTOS 217,38(3,88%) | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.602,50 |
| 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 5.602,50 |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------|------------------------------------|----|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL OXIGENIO PORTOGAS DO BRASIL | | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04.498.412/0001-54 |
| ENDEREÇO ACIMA | | MUNICÍPIO TAUBATE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 688225124110 | | |

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------|-------|------|-------|---------|------------|---------|----------|---------|--------|-------|------------|-----------|
| CÓD.PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QUANT. | V.UNITÁRIO | V.DESC. | V.TOTAL | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| 2601000210 | OXIGENIO MEDICINAL .2.2 NA ONU-1072 NUMERO DE RISCO 25. Tributos:R\$ 217,38 | 28044000 | 0102 | 5102 | M3 | 249,000 | 22,5000 | 0,00 | 5.602,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | |
|--|--|
| <p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Tributos incidentes conforme Lei 12.741/12: Total de R\$217,38 (1) CLIENTE:03155 - NOME FANTASIA: - VENDEDOR:PORTOGAS (2) DOCUMENTO EMITIDO POR ME ou EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA CREDITO DE ICMS Permite o aproveitamento do credito de ICMS no valor de R\$189,36 correspondente a aliquota de 3,38 %, nos termos do artigo 23 da LC123. ORIENTACAO ENTREGA: TELEFONE DA Balsa (12) 3893-1963 - DANIEL - ENCARREGADO</p> | <p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017</p> |
|--|--|

ABRIL / 2018

GRUPO:

MATERIAIS HOSPITALARES

SUBGRUPO:

DROGAS E MEDICAMENTOS

MAIO / 2018



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 02815.634007 00001.886175 7 75130000069720 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO DO BRASIL S/A |
| Código do Banco: | 001 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. |
| Nome/Razão Social: | CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. |
| CPF/CNPJ: | 04.192.876/0001-38 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. |
| CPF/CNPJ: | 04.192.876/0001-38 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 03/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 03/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 697,20 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|-------------------|
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 697,20 |
| Valor Pago (R\$): | 697,20 |
| Identificação do Pagamento: | CRISMED NF 176630 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 03/05/2018 14:55:51 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 23433762 |
| Chave de segurança: | L7AR3022J5CP9SU2 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|------------|
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13/SANTOS-SP:04.192.876/0001-38 | | Ag./Cod. Beneficiário 3359-6/25002-3 | Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora) | |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | Nosso Número 2815634000001886 | <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros | |
| Vencimento 03/05/2018 | N. do Documento 176630/1NFE | Espécie R\$ | Valor do Documento 697,20 | |
| Recebi(emos) o bloqueto de características acima | Data | Assinatura | Data | Entregador |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------|-----------------|-------------------------------------|--|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br | | | | | Vencimento 03/05/2018 |
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13/SANTOS-SP:04.192.876/0001-38 | | | | | Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3 |
| Data do Documento 03/04/2018 | No. do Documento 176630/1NFE | Espécie Doc. R\$ | Aceite N | Data do Processamento 03/04/2018 | Nosso Número 2815634000001886 |
| Uso do Banco | Carteira 17 | Espécie R\$ | Quantidade x | Valor = | Valor do Documento 697,20 |
| Instruções SUJEITO À PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 2,09 | | | | | <input type="checkbox"/> (-) Desconto / Abatimento <input type="checkbox"/> (-) Outras Deduções (Abatimento) <input type="checkbox"/> (+) Mora / Multa <input type="checkbox"/> (+) Outros Acréscimos <input type="checkbox"/> (=) Valor Cobrado |

| | | | |
|--|--|--|--------------------------|
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630000 - ILHABELA - SP | | Cod. Interno: 00003049 CNPJ: 50.320.605/0001-38 | Recibo do Pagador |
| Pagador / Avalista: | | | |


| | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------|-----------------|-------------------------------------|--|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br | | | | | Vencimento 03/05/2018 |
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA/Rua São Paulo-13/SANTOS-SP:04.192.876/0001-38 | | | | | Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3 |
| Data do Documento 03/04/2018 | No. do Documento 176630/1NFE | Espécie Doc. R\$ | Aceite N | Data do Processamento 03/04/2018 | Nosso Número 2815634000001886 |
| Uso do Banco | Carteira 17 | Espécie R\$ | Quantidade x | Valor = | Valor do Documento 697,20 |
| Instruções SUJEITO À PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 2,09 | | | | | <input type="checkbox"/> (-) Desconto / Abatimento <input type="checkbox"/> (-) Outras Deduções (Abatimento) <input type="checkbox"/> (+) Mora / Multa <input type="checkbox"/> (+) Outros Acréscimos <input type="checkbox"/> (=) Valor Cobrado |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630000 - ILHABELA - SP | | COD. INTERNO: 00003049 CNPJ: 50.320.605/0001-38 | Código de Barra |
| Pagador / Avalista: | | Autenticação Mecânica Ficha de Compensação | |



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|--|---|---|--------------------|
| RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO. | | NF-e | |
| EMISSÃO: 03/04/2018 | DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHA BELA | | º: 176630 SÉRIE: 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHA BELA | FOLHA: 1/1 |
| | | Total NF: 697,20 | |

| | | |
|--|---|---|
|  <p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305</p> | <p>DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nº 176.630 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1</p> | <p>CONTROLE FISCO</p>  |
| | | <p>CHAVE DE ACESSO 3518.0404.1928.7600.0138.5500.1000.1766.3010.0341.4297</p> |
| | | <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> |
| | | <p>DADOS DA NF-e 135180222548494 - 03/04/2018 16:19:18</p> |

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.566.329.115 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 04.192.876/0001-38 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|

| | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ | DATA EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHA BELA | | 50.320.605/0001-38 | 03/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE / FAX (13)3896-9228 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | DATA DA SAÍDA 03/04/2018 |
| | | | HORA DA SAÍDA 16:04:3 |

FATURA/DUPLICATAS
03/05/2018 - 697,20

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 697,20 | VALOR DO ICMS 97,12 |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 |
| VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 697,20 | |
| 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 697,20 |

| | | | | | |
|---|---|-------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL HELIO EUGENIO FERREIRA TRANSP | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO <input checked="" type="checkbox"/> | CODIGO ANNT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ/CPF 06.745.895/0001-70 |
| ENDEREÇO RUA SAO CAETANO. 188 | MUNICÍPIO PRAIA GRANDE | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 558.188.210.113 | | |
| QUANTIDADE 11 | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 0,0000 | PESO LÍQUIDO 0,0000 |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|------|---------|----------------|----------------|-------------|-----------------|------------|-----------|------------|---------|
| CODIGO PRODUTO NCM/S | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | CST CFOP | UNID | Q'TDE | VALOR UNITARIO | VALOR DESC UNI | VALOR TOTAL | BASE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALI. IP |
| 878 30039053 | LIDOCAINA 2% S/V GENERICO Princípio Ativo: LIDOCAINA 2% S/V Modelo: CX C/25 FR20ML Lote: LL-088/17 - 31/05/19 Qtde: 10,00 / CEST: 13.002.00 | 000 5102 | CX | 10,0000 | 47,3000 | 0,0000 | 473,00 | 473,00 | 56,76 | 0,00 | 12,00 | 0, |
| 16943 30049061 | BUPIVACAINA 0,5% PESADA F/A 4ML GENERICO Princípio Ativo: BUPIVACAINA 0,5% PESADA Modelo: CX C/100 AMP Lote: AR-008/17 - 31/05/19 Qtde: 1,00 / CEST: 13.003.00 | 000 5102 | CX | 1,0000 | 224,2000 | 0,0000 | 224,20 | 224,20 | 40,36 | 0,00 | 18,00 | 0, |

EDMILSON
RG 18268599

João C. Almeida
RG: 33.599.302-3
Chefe de Serviços de Alimentarizado

SECRETARIA DE SAÚDE
17 ABR 2018
REGULAMÇÔES SOMENTE NO ATQ DA ENTREGA

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

João C. Almeida
RG: 33.599.302-3
Chefe de Serviços de Alimentarizado

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

| | |
|---|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 72442 // Local Entrega: R. PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO N 86 - - PEREQUE - ILHABELA - SP / Obs: ORDEM DE COMPRA N 066-3/18, CONFORME MEMORANDO HMMCJNR (FARMACIA) N 033/18. / | RESERVADO AO FISCO |

CRISMED



CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA


PROTOCOLO DE ENTREGA
05/04/2018

SANTA CASA DE ILHABELA – NF176630

PRODUTO SENDO ENVIADO:
COD: 878 – LIDOCAINA 2% S/V - GENERICO
LOTE: LL-088/17
Quantidade: 10 CAIXAS

PRODUTO SENDO RETIRADO:
COD: BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI INJ
Quantidade: 10CAIXAS

Estamos enviando nesta data, o produto em referência. Pedimos desculpas pelo transtorno.



Fernanda A. C. Fuzeto Farani
Farmacêutica Responsável

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 066-3/18

FORNECEDOR: CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

CNPJ: 04.192.876/0001-38

BANCO:

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: RODRIGO

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|------------|--|-----------|----------|------------|
| 1 | 100 | AMP | 24093.CLORIDRATO DE BUPIVACAÍNA 0,5% + GLICOSE 8% 4ML (PESADA) INJETÁVEL | HIPOLABOR | R\$ 2,24 | R\$ 224,20 |
| 1 | 250 | FRS AMP | 24108CLORIDRATO DE LIDOCAÍNA 2% SEM VASO 20ML | HIPOLABOR | R\$ 1,89 | R\$ 473,00 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 697,20

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HMMCJNR (FARMACIA) Nº 033/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 dias

ORÇ 66/18

LOCAL DE ENT: ALMOX. DA SAUDE - R. PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE

PRAZO DE ENTREGA: 04 DIAS

29/03/2018


 José Denilson da Silva
 RG 47/681.456-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 2903.18


 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3359 / 2035-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0003-26 |
| Valor: | R\$ 2.956,25 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | DUPATRI |
| Histórico: | NF 880905 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 03/05/2018 - 14:51:29 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00182998 |
| Chave de segurança: | WE5LNJVGRFQU0P1V |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



IMP EXT LTDA
 AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530
 CATALÃO - GO
 CEP: 75.709-616
 TELEFONES
 ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
 ADM. SANTOS : (13) 3228-6700

DA NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA

Página 946 de 1264

0-ENTRADA
 1-SAIDA

Nº 880905
 SERIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
 5218 0404 0278 9400 0326 5500 1000 8809 0512 3573 5992

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
 152181220509338 02/04/2018 16:00:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
 809.010.530.117

CNPJ
 04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
 STÁ.CASA DE MIS.DE ILHABELA (6212)

CNPJ/CPF
 50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO
 02/04/2018

ENDEREÇO
 R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN

BAIRRO/DISTRITO
 CENTRO

CEP
 11630-000

DATA ENTRADA/SAIDA
 02/04/2018

MUNICÍPIO
 ILHABELA

FONE/FAX
 1238969228

UF
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
 15:59

FATURA / DUPLICATA

2880905U 02/05/2018 2.956,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.463,44 | VALOR DO ICMS 295,61 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.956,25 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 2.956,25 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
 VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA
 0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
 04027894000326

ENDEREÇO
 AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO
 CATALAO

UF
 GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 104444304

QUANTIDADE
 1

ESPÉCIE
 CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
 0,50

PESO LÍQUIDO
 0,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/CH | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---|----------|-----|------|------|--------|---------------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 10392 | BREVIBLOC 250MG 10/10ML-CRISTALIA (Lote: 17064448, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2019) | 30049039 | 020 | 6108 | CX | 1 | 2.956,2500 | 2.956,25 | 2.463,44 | 295,61 | | 12,00 | |
| | | | | | | | <i>Liquid</i> | | | | | | |



DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APOS A ENTREGA
 BANCO DO BRASIL AGENCIA 3359-6 C/C 2035-4 - DISPENSA DELICITACAO - OC 66-4/18 - LOCAL DE ENTREGA RUA PREF MARIANO PROC DE ARAUJO CARVALHO 86 - PEREQUE
 ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
 ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
 ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
 ITEM 1 DIFAL REMETENTE CONF. DECRETO 8689/2016DOU 14/07/2016
 Emenda Constitucional 87 de 2015:
 Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 141,90
 Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00
 VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 295,61, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 295,61
 Pedido: 930230
 Representante: REGIAO VALE DO PARAIBA (PUBLICO)
 Pedido Cliente: OC 66-4/18-C
 Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.:ISENTO - Endereco.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

Felipe Laranja Ribeiro
 CRF - SP 54118
 Farmacêutico

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 066-4/18

FORNECEDOR: DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA
 CNPJ: 04.027.894/0003-26
 BANCO: 001 - BRASIL AGENCIA: 3359-6 C/C: 2035-4
 VENDEDOR: FAGNER

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-----------|--------------|--------------|
| 1 | 1 | KIT | 24103CLORIDRATO DE ESMOLOL 250MG/ML KIT C/ 10 AMPOLAS DE 10ML INJETÁVEL | CRISTALIA | R\$ 2.956,25 | R\$ 2.956,25 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 2.956,25

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HMMCJNR)FARMACIA) Nº 033/18 .

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

ORÇ 066/18

LOCAL DE ENT: ALMOX. DA SAUDE - R. PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE

PRAZO DE ENTREGA: 03 DIAS

29/03/2018


 José Denyson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 29.03.18


 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3359 / 2035-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0003-26 |
| Valor: | R\$ 7.026,80 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | DUPATRI |
| Histórico: | NF 882882 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 04/05/2018 - 09:58:34 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00125749 |
| Chave de segurança: | 8ELG6WHANXUATQAT |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AVALIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
Página 949 de 1264



0-ENTRADA
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO
5218 0404 0278 9400 0326 5500 1000 8828 8212 3588 5300

Nº 882882
SERIE 1
FOLHA 1/1

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152181228535650 05/04/2018 20:36:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ
04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
STA.CASA DE MIS.DE ILHABELA (6212)

CNPJ/CPF
50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO
05/04/2018

ENDEREÇO
R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
11630-000

DATA ENTRADA/SAIDA
05/04/2018

MUNICÍPIO
ILHABELA

FONE/FAX
1238969228

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:32

FATURA / DUPLICATA

2882882U 05/05/2018 7.026,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 5.855,44 | 702,66 | 0,00 | 0,00 | 7.026,80 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 7.026,80 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL VEÍCULO PROPRIO | FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 04027894000326 |
| ENDEREÇO AV. JOSÉ SEVERINO, 3530 | MUNICÍPIO CATALAO | UF GO | INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304 | | |
| QUANTIDADE 18 | ESPÉCIE CAIXAS | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO 25,00 | PESO LÍQUIDO 25,00 |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/CH | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|--|----------|-----|------|------|--------|----------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 31828 | TEGADERM IV FIX 6CMX7CM C/100 (1620BR) -3M (Lote: 1734100550, Qtde: 8, Dt Val: 31/12/2019 Lote: 1800900072, Qtde: 42, Dt Val: 31/01/2020) | 30051090 | 020 | 6108 | CX | 50 | 127,0000 | 6.350,00 | 5.291,46 | 634,98 | | 12,00 | |
| 24907 | ESCOVA P/ASSEP.C/CLOREX-MX C/48-CRISTALIA (Lote: 18010391, Qtde: 5, Dt Val: 31/01/2-020) | 30049047 | 020 | 6108 | CX | 5 | 135,3600 | 676,80 | 563,98 | 67,68 | | 12,00 | |

TEGADERM
Lote 1800900072
(42) UNL 01/20

TEGADERM
Lote 1734100550
8 CX
JAL. 12/19

SECRETARIA DE SAÚDE
12 ABR 2018
Almoxarifado de Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48 HORAS APOS A ENTREGA
BANCO DO BRASIL AGENCIA 3359-6 C/C 2035-4 - OC 68-4/18 LOCAL DE ENTREGA RUA PREF MARIANO
PROCOPIO DE ARAUJO CARVALHO N86 - PEREQUE
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF. ART. 2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ. CF CONV. 93 - EMENDA 87/15
ITEM 1 e 2 DIFAL REMETENTE CONF. DECRETO 8689/2016 DOU 14/07/2016
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 337,29
Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.290,04, federal, R\$ 587,38, Estadual, R\$ 702,66
Pedido: 932839
Representante: REGIAO VALE DO PARAIBA (PUBLICO)
Pedido Cliente: OC 68-4/18-C
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Incrição Estadual.: ISENTA - Endereço.: RUA SAO PAULO
SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

ESCOVA/ASSEP C/CLOREX
Lote 18010391 UNL 01/20 5 CX



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-4/18

FORNECEDOR: DUPATRI HOSPITALAR COM. IMP. E EXP. LTDA.

CNPJ: 04.027.894/0003-26.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3359-6

C/C: 2035-4

VENDEDOR: FAGNER.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-----------|------------|--------------|
| 1 | 5.000 | UNI | 25751 - CURATIVO TRANSPARENTE BASICO PARA CATETER PERIFERICO ESTERIL TAMANHO 06CM X 07CM curativo transparente de poliuretano recoberto com adesivo acrílico hipoalergênico, liner de papel e tiras de não tecido. estéril, tamanho 6cm x 7cm. | 3M | R\$ 1,27 | R\$ 6.350,00 |
| 2 | 5 | CX | 24670 - ESCOVA-ESPONJA DESCARTÁVEL COM CLOREXEDINA 2% ANTISÉPTICA - CAIXA C/ 48 escova para assepsia e degermação das mãos e antebraços, com solução antisséptica degermante a base de clorexidine 2% ou 4%; volume mínimo de 20ml, desenho anatômico, cerdas macias em uma face; esponja apropriada para distribuição do degermante; embalado em material que garanta a integridade do produto; a apresentação do produto deverá obedecer a legislação atual vigente. | CRISTALIA | R\$ 135,36 | R\$ 676,80 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 7.026,80

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.

COTAÇÃO DUPATRI Nº 171922.


CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.


 José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 OS-01118

04/04/2018


 Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Histórico do Pagamento: | PG BLOQTO |
| Representação numérica do código de barras: | 34191.0900 80362.338067 66008.543000 1 475160000172320 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 06/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 07/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.723,20 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.723,20 |
| Valor Pago (R\$): | 1.723,20 |
| Identificação do Pagamento: | MED CE |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 07/05/2018 15:02:45 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 027565062 |
| Chave de segurança: | VTVP7GA2CR4N6WUX |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Banco Itaú S.A.

341-7

Página 952 de 1264

Comprovante de Entrega

| | | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------|---|--|--|-------------------------------------|--|
| BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF: | | | AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0676/00854-3 | | MOTIVOS DE NÃO ENTREGA (PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA) | | |
| PAGADOR 539-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE I | | | NOSSO NÚMERO 109/00036233-8 | | <input type="checkbox"/> MUDOU-SE <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE N. INDICADO <input type="checkbox"/> RECUSADO <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO <input type="checkbox"/> FALECIDO <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> OUTROS (ANOTAR NO VERSO) | | |
| VENCIMENTO 06/05/2018 | N. DO DOCUMENTO 199527/01 | MOEDA R\$ | VALOR DO DOCUMENTO 1.723,20 | | | | |
| RECEBEMOS O BLOQUETO | DATA | ASSINATURA | | | DATA | ENTREGADOR | |
| LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | | DATA DE PROCESSAMENTO 06/04/2018 | |

| | | | | | | | |
|--|-----|------------------------------|--------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|--|
| Banco Itaú S.A. 341-7 | | | | | | RECIBO DO PAGADOR | |
| LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | | 341-7 RECIBO DO PAGADOR | |
| BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484 | | | | | | | |
| DATA DO DOCUMENTO 06/04/2018 | | N. DO DOCUMENTO 199527/01 | | ESPECIE DOC. DM | ACEITE N | DATA DO PROCESSAMENTO 06/04/2018 | |
| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA 109 | MOEDA R\$ | QUANTIDADE | VALOR X | | |
| INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 06/05/2018, cobrar Juros de 9,90 % ao Mês. | | | | | | | |
| CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01 | | | | | | | |
| APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAU.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ | | | | | | | |
| PAGADOR 539-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38 R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN 11630000 ILHABELA | | | | | | CENTRO SP | |

Autenticação Mecânica

| | | | | | | | |
|--|-----|------------------------------|--------------|--------------------|-------------|---|--|
| Banco Itaú S.A. 341-7 | | | | | | 34191.09008 03623.380676 60085.430001 4 75160000172320 | |
| LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | | VENCIMENTO 06/05/2018 | |
| BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484 | | | | | | AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0676/00854-3 | |
| DATA DO DOCUMENTO 06/04/2018 | | N. DO DOCUMENTO 199527/01 | | ESPECIE DOC. DM | ACEITE N | DATA DO PROCESSAMENTO 06/04/2018 | |
| USO DO BANCO | CIP | CARTEIRA 109 | MOEDA R\$ | QUANTIDADE | VALOR X | | |
| INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 06/05/2018, cobrar Juros de 9,90 % ao Mês. | | | | | | | |
| CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01 | | | | | | | |
| APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAU.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ | | | | | | | |
| PAGADOR 539-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38 R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN 11630000 ILHABELA | | | | | | CENTRO SP | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação





MED CENTER COMERCIAL LTDA

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges
 Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950
 www.medcentercomercial.com.br

DANFE
 DOCUMENTO
 AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO:
 3118 0400 8749 2900 0140 5500 1000 1995 2716 8294 0840

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA **1**
 Nº: 000199527
 SÉRIE: 1
 FOLHA: 1/1

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 2 - 6102**
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **13182892244346 06/04/18 11:20:07**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: **5259495840034**
 INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.:
 CNPJ: **00.874.929/0001-40**

DESTINATÁRIO / REMETENTE
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **(539) - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA**
 C.N.P.J / C.P.F.: **50.320.605/0001-38**
 DATA EMISSÃO: **06/04/2018**

ENDEREÇO: **R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN - CENTRO**
 BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO**
 CEP: **11630-000**
 DATA DA ENTR/SAÍDA: **06/04/2018**

MUNICÍPIO: **ILABELA**
 FONE / FAX: **1238969228**
 UF: **SP**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL:
 HORA DA SAÍDA: **11:16:03**

FATURA / DUPLICATA
 000199527/01 06/05/2018 1.723,20

CÁLCULO DO IMPOSTO
 BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.: **1.723,20**
 VALOR DO I.C.M.S.: **206,78**
 BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST: **0,00**
 VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO: **0,00**
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: **1.723,20**

VALOR DO FRETE: **0,00**
 VALOR DO SEGURO: **0,00**
 DESCONTO: **0,00**
 OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS: **0,00**
 VALOR TOTAL DO I.P.I.: **0,00**
 VALOR APROX. TRIBUTOS: **0,00**
 VALOR TOTAL DA NOTA: **1.723,20**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **TRANSFARMA LOGISTICA E TRANSPORTES LT**
 FRETE POR CONTA: **0 - Emitente**
 CÓDIGO ANTT:
 PLACA DO VEÍCULO:
 UF: **SP**
 C.N.P.J / C.P.F.: **17557611000138**

ENDEREÇO: **RUA JUA, 181**
 MUNICÍPIO: **SAO PAULO**
 UF: **SP**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **142094849119**

QUANTIDADE: **13**
 ESPÉCIE: **VOLUME(S)**
 MARCA:
 NÚMERO: **88708**
 PESO BRUTO: **88,972 Kg**
 PESO LÍQUIDO: **88,972 Kg**

| CÓDIGO NCM | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | CX UN | CFOP CST | QUANTIDADE UNIDADE | VALOR UNITÁRIO | % DESC VLR DESC | VALOR LÍQUIDO | VALOR BRUTO B.CALC.ICMS | BC. ICMS ST VL. ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR IPI | VL.APROX. TRIBUTOS | ALÍQUOTAS %ICMS %IPI |
|------------|--|-------|----------|--------------------|----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-------------------------|------------|-----------|--------------------|----------------------|
| 00273000 | ETER SULFURICO - 1000 ML - 3824.99.89.010318/FAB.01/03/18/VAL.01/09/19 | 4 | 6102 000 | 4 LT | 19,80000000 | 0,00% | 79,20 | 79,20 | 0,00 | 9,50 | 0,00 | | 12,00 0,00 |
| 00773200 | FORMOL LIQUIDO 10% 1000ML - 2912.44.00.020218/FAB.02/02/18/VAL.23/02/19 | 4 | 6102 000 | 4 LT | 10,00000000 | 0,00% | 40,00 | 40,00 | 0,00 | 4,80 | 0,00 | | 12,00 0,00 |
| 00087700 | LUVA G LATEX S/PO PROC C/100 - 4015.49.00.000037/FAB.01/11/15/VAL.30/11/18 | 12 | 6102 000 | 120 CV | 12,50000000 | 0,00% | 1.500,00 | 1.500,00 | 0,00 | 180,00 | 0,00 | | 12,00 0,00 |
| 00385100 | PAPEL P/ECG 63MM X 30M - 4811.90.10.50270801/FAB.28/02/16/VAL.28/02/19 | 20 | 6102 000 | 20 RL | 5,20000000 | 0,00% | 104,00 | 104,00 | 0,00 | 12,48 | 0,00 | | 12,00 0,00 |

Secretaria de Saúde
 12 ABR 2018
 Almoxarifado da Saúde
RECEBIDO

Med Center Comercial Ltda.
 SENHOR CLIENTE, FAVOR CONFERIR
 SOMENTE OS VOLUMES. Se houver
 alguma divergência com os produtos,
 entre em contato com a empresa através
 do Tel.: (35) 3449-1950 no prazo de
 48 horas após o recebimento da mesma.

Josuel C. Almeida
 RG: 33.599.307-3
 Chefe de Serviços de Almoxarifado

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 BOLETO
 ORDEM DE COMPRA 068-2/18 LOCAL DE ENTREGA RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO 86
 PEREQUE
 Pedido: 88708
 Volume M3: 0.225613
 CONTA CORRENTE: 1162-2 AGENCIA: 0368-9 BCO. DO BRASIL
 Valor ICMS UF Origem R\$: 20,68
 Valor ICMS UF Destino R\$: 82,71

RESERVADO AO FISCO

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-2/18

FORNECEDOR: MED CENTER COMERCIAL LTDA.

CNPJ: 00.874.929/0001-40

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 0368-9

C/C: 1162-2

VENDEDOR: IVAN CLAUDIO TEODORO.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-----------|-----------|--------------|
| 1 | 20 | RL | 25304 - BOBINA DE PAPEL TERMOSENSÍVEL P/ ELETROCARDIOGRAFO 63MM X 30M papel tipo termossensível; para ecg -3010; medindo 63cm x 30m em bobina. | DARU | R\$ 5,20 | R\$ 104,00 |
| 2 | 4 | LT | 24862 - ÉTER SULFÚRICO 1000ML éter sulfúrico; ou categoria etílico ou; éter dietílico; c4h10o, puro; liquido; teor mínimo de 96%; acondicionado em embalagem reforçada e apropriada a manutenção da integridade do produto; rotulo com nr de lote, data de fabricação/validade, composição e procedência | ANTARES | R\$ 19,80 | R\$ 79,20 |
| 3 | 4 | LT | 24707 - FORMOL 10% C/ 1000ML formol a 10% em solução fisiológica com tamponamento de ph 7,2 a 7,4; com teor de 10%; reagente para fixação de biopsias e peças cirúrgicas; aspecto incolor; acondicionado em frasco apropriado e reforçado que mantenha a integridade do produto; rotulo com nr. de lote, data de fabricação, validade, formula e procedência | ANTARES | R\$ 10,00 | R\$ 40,00 |
| 4 | 120 | CX | 24781 - LUVAS DE LÁTEX PARA PROCEDIMENTO TAMANHO G - CAIXA C/ 100 em látex com boa sensibilidade tátil; com textura uniforme, sem falhas e formato anatômico; não talcada; com punho acabado de tipo longo com bainha do mesmo material da luva; não estéril; embalado em caixa; o produto deverá ser entregue acompanhado do certificado e registro do ministério da saúde | LEMGRUBER | R\$ 12,50 | R\$ 1.500,00 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 1.723,20

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.

COTAÇÃO MED CENTER Nº 73594.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

José Denilson da Silva
 RG: 47.807.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 05.04.18

Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro

04/04/2018

Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 5119 / 700000-6 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | COMERCIAL CIRURGICA RIO CLARENSE LTDA |
| CPF/CNPJ: | 67.729.178/0004-91 |
| Valor: | R\$ 491,30 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CIRURGICA RIOCLARENSE LTD |
| Histórico: | NF 997576 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 08/05/2018 - 11:23:13 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00152299 |
| Chave de segurança: | 247NPYF4LGKMRM34 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



CC. MERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 PRAÇA EMILIO MARCONATO N 1000 GALPAO G22 - JAGUARIUNA PARK INDUSTRIAL -
 JAGUARIUNA - SP
 CEP 13820-000 - 1935225800

DANTE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
Página 956 de 1264
 0 - ENTRADA 1
 1 - SAÍDA
 Nº. 0997576 FL 1 / 1
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3518 0467 7291 7800 0491 5500 1000 9975 7619 5572 8319

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

| | | |
|--|------------------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180230064768 06/04/2018 00:35:34 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110 | INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO | CNPJ 67.729.178/0004-91 |

| | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | CNPJ / CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 05/04/18 |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK 15 | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE / FAX 1238961710 | UF SP |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | HORA DE SAÍDA 00:33:36 |

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|--------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 0997576/1 | 07/05/2018 | 491,30 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 491,30 | 88,43 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 491,30 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | VALOR DO DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 491,30 | |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|------------------------------------|---------------------|----------------------------|--|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL MAXIMUM TRANSP. E LOGISTICA | FRETE POR CONTA 0 - Emitente | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ 12.140.826/0001-35 | |
| ENDEREÇO RD.DOM GABRIEL P. B. COUTO S/N | MUNICÍPIO JUNDIAI | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 407555001112 | | | |
| QUANTIDADE 5,00 | ESPÉCIE VOLUME(S) | MARCA | NUMERO 0,00000 | PESO BRUTO 2,000 | PESO LÍQUIDO 2,000 | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|--------|---|----------------------|-----|------|----|----------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 020279 | TORNEIRINHA DESCARTAVEL 3 VIAS (MARKMED) 81 Q: 1.000,0000 V: 28/02/22 <i>OK</i> | L: 10881 90183190 | 000 | 5102 | PC | 1.000,00 | 0,4913 | 491,30 | 491,30 | 88,43 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

RECEBIDO
 Almoxarifado da Saúde
 10/04/2018
 Secretaria de Saúde

Secretaria de Saúde
 R: 33.599.302-3
 Almoxarifado da Saúde

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 550516029 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 |
| BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00 | VALOR DO ISSQN 0,00 |

| | |
|---|--|
| <p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 50320605000138-R PREF MARIANO P.DE ARAUJO CARVALHO 86 Bairro/Distrito: PERIFQUE Município: ILHABELA CEP: 11630-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACHTAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. oc: 068-6/18 DATA ENTREGA: 06/04/2018 Pedido: 1183590 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1183590 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 14/12/2018 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Código Interno Emitente: 11659 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA)</p> | <p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017</p> |
|---|--|



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-6/18

FORNECEDOR: COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA.

CNPJ: 67.729.178/0004-91.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3149-6

C/C: 700000-6

VENDEDOR: ERICK FAHL/JAMIL CURSINO.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|---------|------------|------------|
| 1 | 1.000 | UNI | 25097 - TORNEIRINHA MULTIVIAS duplicador de acesso venoso; para conectar e controlar o direcionamento do fluxo de soluções em três linhas distintas em suas extremidades fêmea e macho; em polímero policarbonato, atóxica; aprotogênica, descartável; uso único; esterilizada por óxido de etileno (eto); possui corpo transparente, bico luer-lock e bico luer-slip. | MARKMED | R\$ 0,4913 | R\$ 491,30 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 491,30

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.

COTAÇÃO RIOCLARENSE Nº 1502696.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

04/04/2018

José Denilson da Silva
 RG 47.862.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 03.04.18

Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro

Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 02283.220008 01068.320173 6 75170000309870 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO DO BRASIL S/A |
| Código do Banco: | 001 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | CM HOSPITALAR S.A. |
| Nome/Razão Social: | CM HOSPITALAR S.A. |
| CPF/CNPJ: | 12.420.164/0001-57 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | CM HOSPITALAR S.A. |
| CPF/CNPJ: | 12.420.164/0001-57 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 07/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 3.098,70 |
| Juros (R\$): | 12,40 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 61,97 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 3.173,07 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Valor Pago (R\$): | 3.173,07 | Página 959 de 1264 |
| Identificação do Pagamento: | C M HOSPITALAR S A | |
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 11:24:06 | |
| Código da operação: | 29254463 | |
| Chave de segurança: | 2G66F052VNR2PWZA | |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

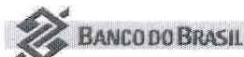
**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



001-9

Comprovante de Entrega

| | | | |
|--|--|--------------------------------|---|
| Beneficiário C M HOSPITALAR S.A. (CTL) CNPJ: 12.420.164/0003-19 | Agência/Cód. Beneficiário 1916-X/00007143-9 | Nro.Documento 001667504 | () Mudou-se () Ausente |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA | Vencimento 07/05/2018 | Valor do Documento 3.098,70 | () Não existe nº indicado () Recusado () Não procurado |
| Recebi(emos) o bloquete/título com as características acima. | Data | Assinatura | () Endereço insuficiente () Desconhecido |
| | Data | Entregador | () Falecido () Outros (anotar no verso) |



001-9

Recibo do Pagador

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------|-------------|---|---------------------------------------|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | Vencimento 07/05/2018 | |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685 | | | | Agência/Código do Beneficiário 1916-X/00007143-9 | |
| Data do Documento 05/04/2018 | Nro.Documento 001667504 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 05/04/2018 | Nosso Número 22832200001068320 |
| Uso do Banco | Carteira 17/019 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento 3.098,70 |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | (-)Desconto/Abatimento | |
| APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 6,20 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE | | | | (-)Outras Deduções | |
| | | | | (+)Mora/Multa | |
| | | | | (+)Outros Acréscimos | |
| | | | | (=)Valor Cobrado | |

Pagador
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA
R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO
ILABELA - SP - 11630000

Código Interno: 108553-0001
CNPJ: 50.320.605/0001-38



Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 02283.220008 01068.320173 6 75170000309870

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------|-------------|---|---------------------------------------|
| Local de Pagamento Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. | | | | Vencimento 07/05/2018 | |
| Beneficiário/CNPJ/Endereço C M HOSPITALAR S.A. (CTL) - CNPJ: 12.420.164/0003-19 EIXO 3, SN - CATALAO - GO 75709-685 | | | | Agência/Código do Beneficiário 1916-X/00007143-9 | |
| Data do Documento 05/04/2018 | Nro.Documento 001667504 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 05/04/2018 | Nosso Número 22832200001068320 |
| Uso do Banco | Carteira 17/019 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do Documento 3.098,70 |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | | | | (-)Desconto/Abatimento | |
| APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00% COBRAR JUROS DE R\$ 6,20 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS. NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE | | | | (-)Outras Deduções | |
| | | | | (+)Mora/Multa | |
| | | | | (+)Outros Acréscimos | |
| | | | | (=)Valor Cobrado | |

Pagador
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA
R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO
ILABELA - SP - 11630000

Código Interno: 108553-0001
CNPJ: 50.320.605/0001-38



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



[bb.com.br] - Boleto gerado pelo sistema 2a VIA BOLETO . 09/05/2018 11:22:29

INSTRUÇÕES:

VÁLIDO PARA PAGAMENTO SOMENTE ATÉ O DIA 09/05/2018. BOLETO REEMITIDO COM DATA DE VENCTO E VALOR ATUALIZADOS. (VALOR ORIGINAL + ENCARGOS). VENCIMENTO ORIGINAL: 07/05/2018. VALOR ORIGINAL.....: 3.098,70. ENCARGOS.....: 74,37. .

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

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

| | | | | |
|---|---------------|--------------------|--|----------------|
| Recibo do Pagador | | | | |
| BANCO DO BRASIL | | 001-9 | 00190.00009 02283.220008 01068.320173 6 75170000309870 | |
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, ILHABELA -SP CEP:11630-000 | | | | |
| Sacador/Avalista | | | | |
| Nosso-Número | Nr. Documento | Data de Vencimento | Valor do Documento | (=) Valor Pago |
| 22832200001068320-0 | 1667504 | 09/05/2018 | 3.098,70 | 3.173,07 |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço CM HOSPITALAR S.A. CPF/CNPJ: 12.420.164/0001-57 AV LUIZ MAGGIONI 2 727 BLOCO A DISTRITO EMPRESA RIBEIRAO PRETO SP - 14072055 | | | | |
| Agência/Código do Beneficiário 1916-X / 7143-9 | | | Autenticação Mecânica | |

| | | | | |
|--|---------------|-------------|--|-----------------------|
| BANCO DO BRASIL | | 001-9 | 00190.00009 02283.220008 01068.320173 6 75170000309870 | |
| Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ CM HOSPITALAR S.A. CPF/CNPJ: 12.420.164/0001-57 | | | Data de Vencimento 09/05/2018 | |
| Agência/Código do Beneficiário 1916-X / 7143-9 | | | | |
| Data do Documento | Nr. Documento | Espécie DOC | Aceite | Data do Processamento |
| 05/04/2018 | 1667504 | DM | N | 09/05/2018 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | xValor |
| 1667504 | 17 | R\$ | | |
| Informações de Responsabilidade do Beneficiário | | | | |
| VÁLIDO PARA PAGAMENTO SOMENTE ATÉ O DIA 09/05/2018 Boleto reemitido com data de vencto e valor atualizados (Valor original + encargos) Vencimento original: 07/05/2018 Valor original.....: 3.098,70 Encargos.....: 74,37 | | | | |
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, ILHABELA-SP CEP:11630-000 | | | | |
| Sacador/Avalista | | | | |
| Código de Baixa Autenticação Mecânica | | | | |
| Nosso-Número 22832200001068320-0 | | | | |
| (=) Valor do Documento 3.098,70 | | | | |
| (-) Desconto/Abatimento 0,00 | | | | |
| (+/-) Juros/Multa 74,37 | | | | |
| (=) Valor Cobrado 3.173,07 | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**





Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A. (CTL)
 EIXO 3, SN
 Complemento: QD 9A, MODULO 26 A 30
 DIST. MINERO IND. CAT Cap:75705-685
 CATALAO/GO
 Fone: 556432210595

DANFE
 Documento Fiscal Eletrônico
 0-ENTRADA 1
 1-SALIDA
 N. 001667504
 SÉRIE 1
 FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
 5218 0412 4201 6400 0319 5500 1001 6675 0410 0388 9729
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
 www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada



NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 109022500 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 152181228319264 05/04/2018 19:01:22:03:00
 CNPJ 12.420.164/0003-19

DESTINATÁRIO / REMETENTE
 NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (108553-0001)
 ENDEREÇO: R PADRE BRONISLAU CHERECK,15
 MUNICÍPIO: ILHABELA FONE/FAX: 121238965766
 UF: SP INSCRIÇÃO ESTADUAL: 11630-000
 DATA DE EMISSÃO: 05/04/2018
 DATA ENTRADA/SAÍDA: HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA
 INCO01667504
 05/05/2018
 3.098,70
 BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 123,95
 VALOR DO ICMS: 123,95
 VALOR DO FRETE: 0,00
 VALOR DO SEGURO: 0,00
 DESCONTO: 0,00
 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00
 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00
 VALOR DO ICMS SUSTITUIÇÃO: 0,00
 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 3.098,70
 VALOR TOTAL DA NOTA: 3.098,70

RAZÃO SOCIAL: R3-PROP RIO T8930
 ENDEREÇO: AV. LUIZ MAGGIONI,2727
 MUNICÍPIO: RIBEIRÃO PRETO
 UF: SP
 CNPJ/CPF: 12.420.164/0001-57
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 582557602113

| TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS | QUANTIDADE | ESPECIE DIVERSOS | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|-------------------------------------|------------|------------------|-------|-----------|------------|--------------|
| 1 | 1 | | | | 2.000 | 2.000 |

| DADOS ADICIONAIS | ISSQN | DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO* | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | RESERVADO AO FISCO |
|----------------------------|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 121282 | | 004002 GELFOAM C/6 ESPONJIA H EMOSTATICOESTERIL GEL AT ABSORVIVEL -PRZE R | 3.0000 | 1.032,900000 | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | | OC 068-5/18 Nosso Pedido: A07XKB Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 347,05 Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 86,76 - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110 | | | |
| Total | | | 1 | | |

Secretaria de Saúde
 12/06/2018
 Joséuel Cordeiro de Almeida
 RG: 31.399.402-3
 Alim. - Estado da Saúde

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-5/18

FORNECEDOR: CM HOSPITALAR LTDA.
 CNPJ: 12.420.164/0003-19.
 BANCO: 001 - BRASIL
 VENDEDOR: EDER/IGOR

AGENCIA: 1916-X

C/C: 7145-5

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|--------|------------|--------------|
| 1 | 18 | UNI | 24726 - HEMOSTÁTICO DE GELATINA SUÍNA 200MM X 70MM X 0,5MM hemostático absorvível; em gelatina suína na forma de esponja; medindo 200 x 70 x 0,5mm; embalado em material que promova barreira microbiana e abertura asséptica; o produto deverá ser entregue de acordo com a legislação atual vigente. | PFIZER | R\$ 172,15 | R\$ 3.098,70 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 3.098,70

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.
 COTAÇÃO CIRURGICA MAFRA Nº 3982409.
 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.
 LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.
 PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

04/04/2018


 José Denyson da Silva
 RG: 47.884.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 05/04/18


 Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG.: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 01860.556008 00001.894179 9 75190000739954 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO DO BRASIL S/A |
| Código do Banco: | 001 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | R.A.P.. APARECIDA , COMERCIO DE MEDICAME |
| Nome/Razão Social: | R.A.P..APARECIDA , COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA M |
| CPF/CNPJ: | 06.968.107/0001-04 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | R.A.P..APARECIDA , COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA M |
| CPF/CNPJ: | 06.968.107/0001-04 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 09/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 7.399,54 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 7.399,54 |
| Valor Pago (R\$): | 7.399,54 |
| Identificação do Pagamento: | RAP APARECIDA NF 90615 |

Data/hora da operação: 09/05/2018 16:00:19

Código da operação: 29626266

Chave de segurança: TXJW8CT0JYQWGS53

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|---|------------|--|
| Cedente R.A.P. APARECIDA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA. CNPJ: 50320605000138 | | Ag./Cod. Cedente 6854-3 / 009156 | Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora) | | |
| Sacado SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | | Nosso Número 1860556000001894 | <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe nº <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não Procurado <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> End. Insuf. <input type="checkbox"/> Outros | | |
| Vencimento 09/05/2018 | N. do Documento 90615/1NFE | Espécie R\$ | Valor do Documento 7.399,54 | | |
| Recebi(emos) o bloqueto de características acima | Data | Assinatura | Data | Entregador | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|---|
| Local Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | Vencimento 09/05/2018 |
| Cedente R.A.P. APARECIDA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA. | | | | | Agência / Código Cedente 6854-3 / 009156 |
| Data do Documento 09/04/2018 | No. do Documento 90615/1NFE | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 09/04/2018 | Nosso Número 1860556000001894 |
| Uso do Banco | Carteira 17-027 | Espécie R\$ | Quantidade x | Valor = | Valor do Documento 7.399,54 |
| Instruções Juros.....: 4,00% ao mês Multas.....: 2,00% após 1 dia corrido do vencimento Protesto...: 5 dias úteis a partir do vencimento | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| | | | | | (-) Outras Deduções (Abatimento) |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Sacado SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630000 - ILHABELA - SP | | | Cod. Interno: 00001011 CNPJ: 50320605000138 | | |
| Sacado / Avalista: | | | Autenticação Mecânica | | |
| | | | Recibo do Sacado | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|---|
| Local Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO | | | | | Vencimento 09/05/2018 |
| Cedente R.A.P. APARECIDA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA. | | | | | Agência / Código Cedente 6854-3 / 009156 |
| Data do Documento 09/04/2018 | No. do Documento 90615/1NFE | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 09/04/2018 | Nosso Número 1860556000001894 |
| Uso do Banco | Carteira 17-027 | Espécie R\$ | Quantidade x | Valor = | Valor do Documento 7.399,54 |
| Instruções Juros.....: 4,00% ao mês Multas.....: 2,00% após 1 dia corrido do vencimento Protesto...: 5 dias úteis a partir do vencimento | | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| | | | | | (-) Outras Deduções (Abatimento) |
| | | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Sacado SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630000 - ILHABELA - SP | | | COD. INTERNO: 00001011 CNPJ: 50320605000138 | | |
| Sacado / Avalista: | | | Autenticação Mecânica | | |
| | | | Ficha de Compensação | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Código de Barra

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



| | | |
|--|---|---|
| <p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>R.A.P. APARECIDA COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA.</p> <p>RUA RODRIGUES CESAR, 174 Bairro: VILA DOS LAVRADORES 18609-082 Botucatu - SP</p> <p>Fone: (14)3811-8800 Fax: (14)3811-8816</p> | <p>DANFE</p> <p>AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nº 90.615 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1</p> | <p>CONTROLE FISCO</p>  |
| | <p>CHAVE DE ACESSO</p> <p>3518.0406.9681.0700.0104.5500.1000.0906.1510.0098.8454</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> | |
| <p>DADOS DA NF-e</p> <p>135180235104762 - 09/04/2018 09:40:01</p> | | |

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 224.173.830.116 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 06.968.107/0001-04 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

MUNICÍPIO Ilhabela FONE / FAX (013)3896-5766

BAIRRO/DISTRITO CENTRO CEP 11630-000

UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA EMISSÃO 09/04/2018
DATA DA SAÍDA 09/04/2018
HORA DA SAÍDA 09:24:25

FATURA/DUPLICATAS
09/05/2018 - 7399,54

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 7.399,54 | VALOR DO ICMS 1.047,79 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 7.399,54 |
| 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 7.399,54 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA

NUMERAÇÃO PESO BRUTO 0,0000 PESO LÍQUIDO 0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CODIGO PRODUTO NCM/S | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | CST CFOP | UNID | QTDE | VALOR UNITARIO | VALOR DESC UNI | VALOR TOTAL | BASE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|----------------------|--|-------------|------|------------|----------------|----------------|-------------|-----------------|------------|-----------|------------|-----------|
| 6314915 30049099 | () ENALAPRIL 10MG 20CPDS (SANVAPRESS) Princípio Ativo: ENALAPRIL 10 MG Lote: AV673/29/02/20 Qtd: 10640.00 PMC: 0.01 / CEST: 13.003.02 | 000 5102 | CPR | 10640,0000 | 0,0360 | 0,0000 | 383,04 | 383,04 | 68,95 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 3021 30049099 | SINVASTATINA 20MG CX C/30 CPR (SINVASCOR) Princípio Ativo: SINVASTATINA 20 MG Lote: DR78/30/06/20 Qtd: 9570.00 Lote: DU48/30/12/20 Qtd: 22330.00 PMC: 0.01 | 000 5102 | CPR | 31900,0000 | 0,0700 | 0,0000 | 2.233,00 | 2.233,00 | 401,94 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| 4825 30049099 | AMOXICILINA+CLAV POTASSIO 250+62,5MG 75ML (GENERICO) (EMS) Princípio Ativo: AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO Lote: 0H6181/28/02/20 Qtd: 77.00 PMC: 0.01 | 000 5102 | FRS | 77,0000 | 20,5000 | 0,0000 | 1.578,50 | 1.578,50 | 189,42 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 400 30049099 | () AMOXICILINA+CLAVULANATO SUSP. 250+62,5MG/5ML 100ML (CLAVULIN) Princípio Ativo: AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO Lote: 824388/30/08/19 Qtd: 115.00 Lote: 826687/30/08/19 Qtd: 39.00 PMC: 0.01 / CEST: 13.002.02 | 000 5102 | FRS | 154,0000 | 20,5000 | 0,0000 | 3.157,00 | 3.157,00 | 378,84 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |
| 755 30049099 | () PROGESTERONA 100MG CX C/30 CPS (EVOCANIL) Lote: 90683/30/08/19 Qtd: 30.00 PMC: 0.01 / CEST: 13.001.02 | 000 5102 | CPR | 30,0000 | 1,6000 | 0,0000 | 48,00 | 48,00 | 8,64 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ORCAMENTO 32/18/ Tributo aproximado R\$: 995,24 Federal R\$: 887,94 Estadual
Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

031-3/18



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 031-3/18

FORNECEDOR: R.A.P APARECIDA COM. DE MEDICAMENTOS LTDA

CNPJ: 06.968.107/0001-04

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 4523-3

C/C: 33455-3

VENDEDOR: SILVIO RICARDO

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|---------|------|--|---------------|-----------|---------------|
| 1 | 600 | FRS | 23889. AMOXICILINA 50MG/ML CLAVULANATO DE POTASSIO 12,5MG/ML SUSP ORAL FRS DE 75 ML | E.M.S | R\$ 20,50 | R\$ 12.300,00 |
| 2 | 20 | FRS | 24115. CLORIDRATO DE RANITIDINA 15MG/ML SUSPENSÃO ORAL | NATIVITA | R\$ 3,95 | R\$ 79,00 |
| 3 | 6.000 | COMP | 23953. FUROSEMIDA 40MG - CONTENDO 10, 15 OU 30 UNIDADES | PRATI | R\$ 0,03 | R\$ 156,00 |
| 4 | 120.000 | COMP | 23975. LOSARTANA POTÁSSICA 50MG - BLISTER FRACIONADO COM PRINCIPIO ATIVO, LOTE E VALIDADE POR UNIDADE DE COMPRIMIDO | NEO QUIMICA | R\$ 0,04 | R\$ 4.200,00 |
| 5 | 60.000 | COMP | 23977. MALEATO DE ENALAPRIL 10MG - EMBALADO EM BLISTER/STRIP, CONTENDO 10, 15 OU 30 UNIDADES OU EMBALADO EM BLISTER/STRIP FRACIONAVEL EM DOSE UNITARIA | HIPOLABOR | R\$ 0,04 | R\$ 2.160,00 |
| 6 | 1.000 | AMP | 24204. OCITOCINA 5UI/ML INJETÁVEL | UNIAO QUIMICA | R\$ 0,78 | R\$ 775,00 |
| 7 | 60.000 | CAPS | 23992. OMEPRAZOL 20MG - BLISTER FRACIONADO COM PRINCIPIO ATIVO, LOTE E VALIDADE POR UNIDADE DE COMPRIMIDO | CIFARMA | R\$ 0,06 | R\$ 3.540,00 |
| 8 | 420 | CAPS | 24218. PROGESTERONA 100 MG | ZODIAC | R\$ 1,60 | R\$ 672,00 |
| 9 | 100 | AMP | 24220. SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100MG/5ML EV INJETÁVEL | BLAU | R\$ 5,69 | R\$ 569,00 |
| 10 | 60.000 | COMP | 24007. SINVASTATINA 20MG | SANDOZ | R\$ 0,07 | R\$ 4.200,00 |
| 11 | 300 | FRS | 24016. SULFATO DE SALBUTAMOL 100UG/DOSE AEROSSOL | TEUTO | R\$ 8,95 | R\$ 2.685,00 |
| 12 | 20.000 | COMP | 24019. SULFATO FERROSO 40MG | VITAMED | R\$ 0,04 | R\$ 720,00 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 32.056,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO ALMOXARIFADO DA SAUDE Nº 016 /18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

ORÇ 32/18

LOCAL DE ENT: ALMOX. DA SAUDE - R. PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

21/02/2018

José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 21.02.18

Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3359 / 2035-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0003-26 |
| Valor: | R\$ 1.550,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | DUPATRI |
| Histórico: | NF 886567 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 10:43:44 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00124140 |
| Chave de segurança: | 1UG5T19NX1AULPM6 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530

CATALAO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8061

ADM. SANTOS : (13) 3228-6700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 886567
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5218 0404 0278 9400 0326 5500 1000 8865 6712 3618 6931

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152181254911020 17/04/2018 14:01:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
STA.CASA DE MIS.DE ILHABELA (6212)

CNPJ/CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

17/04/2018

ENDEREÇO
R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP

11630-000

DATA ENTRADA/SAIDA

17/04/2018

MUNICÍPIO
ILHABELA

FONE/FAX

1238969228

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

13:57

FATURA / DUPLICATA

2886567U 17/05/2018 1.550,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 1.550,00 | 62,00 | 0,00 | 0,00 | 1.550,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 1.550,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO
AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO
CATALAO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

5,50

PESO LÍQUIDO

5,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/CH | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|--|----------|-----|------|------|--------|----------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 37024 | TUBO VACUO P/URINA 4ML CINZA C/100 - BD 364951 (Lote: 7255780, Qtde: 10, Dt Val: 31/03/2019) | 90183999 | 200 | 6108 | CX | 10 | 155,0000 | 1.550,00 | 1.550,00 | 62,00 | | 4,00 | |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
DISPENSA DE LICITAÇÃO - OC 60/18 - BANCO DO BRASIL AGENCIA 3359-6 C/C 2035-4 - LOCAL DE ENTREGA RUA PREF MARIANO PORCOPIO DE ARAUJO CARVALHO N86 - PEREQUE
ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 173,60
Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 43,40
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 62,00, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 62,00
Pedido: 936806
Representante: REGIAO VALE DO PARAIBA (PUBLICO)
Pedido Cliente: OC 60/18-C
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Kosana S. Cunha
Kosana S. Cunha
CRF 18662
Bioquímica
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 060/18

FORNECEDOR: DUPATRI HOSPITALAR COM. IMP. E EXP. LTDA.

CNPJ: 04.027.894/0003-26.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3359-6

C/C: 2035-4

VENDEDOR: FAGNER.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-------|----------|--------------|
| 1 | 1.000 | UNI | TUBO PARA COLETA DE UROCULTURA, A VÁCUO, EM PLÁSTICO, TRANSPARENTE, MEDINDO 13X75MM, CAPACIDADE PARA 4,0ML DE ASPIRAÇÃO E ROLHA DE BORRACHA NA COR CINZA. | BD | R\$ 1,55 | R\$ 1.550,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 1.550,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO LABORATORIO SANTA CASA Nº 15/2018 - ORÇAMENTO Nº 055/18.

COTAÇÃO DUPATRI Nº 159340.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

22/03/2018


 José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 22-03-18


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 715 / 39928-0 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | JOSE VICTOR SCARLATI DE FREITAS FARMACIA |
| CPF/CNPJ: | 13.026.872/0001-70 |
| Valor: | R\$ 90,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | JOSE VICTOR SCARLATI |
| Histórico: | NF 1199 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 11:10:00 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00128576 |
| Chave de segurança: | 6NLG8JC4VHYY2PT3 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA

01199

DATA DA EMISSÃO

17/04/2018 13:23:50

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

FC2C3E8BE



SÉRIE: NFS-e COMPETÊNCIA: 13/04/2018 LOCAL DO SERVIÇO: SÃO SEBASTIÃO - SP NFS SUBSTITUÍDA: N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
JOSÉ VICTOR SCARLATI DE FREITAS FARMACIA - ME
ENDEREÇO:
RUA CAPITÃO LUIZ SOARES, 337 - CENTRO
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
13.026.872/0001-70
MUNICÍPIO:
SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL
TELEFONE:
(12) 3892-5715

INSC.MUNICIPAL:
20301
CEP:
11.608-608
E-MAIL:
anhumasdpfiscal@uol.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
REGIME ESPECIAL:
NENHUM

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
RUA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5766

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38

CEP:
11.630-000
E-MAIL:
compras.supervisor@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

8610-1/01-02 | 4.07 | SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

ORDEM DE COMPRA 075-3/18
06 UNIDADES DE 33 G DE GLICINA (BASE LIVRE) NO VALOR DE R\$.15,00 CADA

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

113724/

09/10/2018

Secretaria de Saúde
23 ABR 2018
Almoxarifado da Saúde
RECEBIDO

Josuel Cordeiro de Almeida
RG: 32.99.302-3
Almoxarifado da Saúde

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES / DESCONTOS | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 90,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota do ISS 3,31 % | Base de Cálculo..... | R\$ 90,00 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Total Deduções/Descontos..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 2,98 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 90,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de São Sebastião.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site <https://saosebastiao.iibr.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 075-3/18

FORNECEDOR: JOSE VICTOR SCARLATI DE FREITAS FARMACIA - ME.

CNPJ: 13.026.872/0001-70.

BANCO: 001-BRASIL

AGENCIA: 0715-3

C/C: 39928-0

VENDEDOR: JOSE VICTOR.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-------|-----------|-----------|
| 1 | 6 | UNI | GLICINA 33G (BASE LIVRE) GLICINA (BASE LIVRE) PARA NEUTRALIZAÇÃO DA SUBSTÂNCIA ORTOFTALALDEÍDO. GLICINA, ASPECTO FÍSICO CRISTAL BRANCO, INODORO, PESO MOLECULAR 75,07, FÓRMULA QUÍMICA C2H5NO2, GRAU DE PUREZA MÍNIMA DE 98,5%, CARACTERÍSTICA ADICIONAL REAGENTE ACS, NÚMERO DE REFERÊNCIA QUÍMICA CAS 56-40-6. | | R\$ 15,00 | R\$ 90,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 90,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 34/2018 - ORÇAMENTO Nº 075/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 05 DIAS.


 José Denilson da Silva
 RG 42.881/1568
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 10.04.18

10/04/2018


 Gustavo Barbosa de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3359 / 2035-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA |
| CPF/CNPJ: | 04.027.894/0003-26 |
| Valor: | R\$ 5.174,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | DUPATRI |
| Histórico: | NF 889094 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 24/05/2018 - 11:11:54 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00124803 |
| Chave de segurança: | 88S2UZ28W3G35P31 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
|  <p>DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530 CATALÃO - GO CEP: 75.709-616 TELEFONES ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8061 ADM. SANTOS : (13) 3228-8700</p> | DOCUMENTO ADICIONAL DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA | |  | |
| | 0-ENTRADA 1-SAIDA | 1 | CHAVE DE ACESSO 5218 0404 0278 9400 0326 5500 1000 8890 9412 3638 9305 | |
| Nº 889094 SERIE 1 FOLHA 1/1 | | | 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 N CONTRIB
 PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 152181271231158 24/04/2018 18:23:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 10.444.430-4
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO: 809.010.530.117
 CNPJ: 04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE
 NOME / RAZÃO SOCIAL: STA.CASA DE MIS.DE ILHABELA (6212)
 CNPJ/CPF: 50.320.605/0001-38
 DATA DA EMISSÃO: 24/04/2018
 ENDEREÇO: R PADRE BROSNILAU CHERECK, SN
 BAIRRO/DISTRITO: CENTRO
 CEP: 11630-000
 DATA ENTRADA/SAIDA: 24/04/2018
 MUNICÍPIO: ILHABELA
 FONE/FAX: 1238969228
 UF: SP
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: [blank]
 HORA DA SAIDA: 18:12

FATURA / DUPLICATA
 2889094U 24/05/2018 5.174,00

| | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 4.311,49 | VALOR DO ICMS: 517,38 |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST: 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00 |
| VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 5.174,00 | |
| VALOR DO FRETE: 0,00 | VALOR DO SEGURO: 0,00 |
| DESCONTO: [blank] | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00 |
| VALOR TOTAL DO IPI: 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA: 5.174,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
 NOME / RAZÃO SOCIAL: VEICULO PROPRIO
 FRETE POR CONTA: 0 - DO EMITENTE
 CÓDIGO ANTT: [blank]
 PLACA DO VEÍCULO: [blank]
 UF: GO
 CNPJ/CPF: 04027894000326
 ENDEREÇO: AV. JOSE SEVERINO, 3530
 MUNICÍPIO: CATALAO
 UF: GO
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 104444304
 QUANTIDADE: 13
 ESPÉCIE: CAIXAS
 MARCA: [blank]
 NÚMERO: [blank]
 PESO BRUTO: 236,60
 PESO LIQUIDO: 236,60

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS | NCM/CH | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---|----------|-----|------|------|--------|----------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 30380 | PURISOLE 1000ML C/16 - FRESENIUS (Lote: 74MB0411, Qtde: 13, Dt Val: 31/01/2020) | 30049099 | 020 | 6108 | CX | 13 | 398,0000 | 5.174,00 | 4.311,49 | 517,38 | | 12,00 | |


 Josué Cordeiro de Almeida
 Almoxenado da Saúde

 RECEBIDO
 Almoxenado da Saúde
 27 ABR 2018
 Secretaria de Saúde

| | |
|---|--|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA DISPENSA DE LICITACAO - OC 81-18 - BANCO DO BRASIL AG 3359-6 C/C 2035-4 - LOCAL DE ENTREGA RUA PREF MARIANO PROC DE ARAUJO CARVALHO N86 - PEREQUE ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00 ITEM 1 ALIQUOTA 12% CONF. INCISO XVII DO ART.54RICMS/SP VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 517,38, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 517,38 Pedido: 939685 Representante: REGIAO VALE DO PARAIBA (PUBLICO) Pedido Cliente: OC 81/18-C Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.:ISENTO - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP | RESERVADO AO FISCO <p style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017</p> |
|---|--|



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 081/18

FORNECEDOR: DUPATRI HOSPITALAR COM. IMP. E EXP. LTDA.

CNPJ: 04.027.894/0003-26.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3359-6

C/C: 2035-4

VENDEDOR: FAGNER.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-----------|------------|--------------|
| 1 | 208 | UNI | PURISOLE SM (SORBITOL 0,027 G/ML + MANITOL 0,0054 G/ML) – FRASCO PLÁSTICO DE 1.000 ML | FRESENIUS | R\$ 24,875 | R\$ 5.174,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 5.174,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 26/2018 - ORÇAMENTO Nº 076/18.

COTAÇÃO DUPATRI Nº 175180.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

20/04/2018

Handwritten signature of José Denyslan da Silva
José Denyslan da Silva
 RG: 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Handwritten signature of Diego Medeiros Lombardi
Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

GRUPO:

MATERIAIS REEMBOLSÁVEIS – MATERIAIS E MEDICAMENTOS

SUBGRUPO:

**Material
Hospitalar/Laboratorio de
Consumo**

MAIO/ 2018

**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.60565 03303.733335 00005.321112 9 75100000092526 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO DO BRASIL S/A |
| Código do Banco: | 001 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | LABOR IMPORT COMERCIAL IMPORTADORA EXPORTADORA LTD |
| Nome/Razão Social: | LABOR IMPORT COMERCIAL IMPORTADORA EXPORTADORA LTD |
| CPF/CNPJ: | 01.005.728/0001-79 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | LABOR IMPORT COMERCIAL IMPORTADORA EXPORTADORA LTD |
| CPF/CNPJ: | 01.005.728/0001-79 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 30/04/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Bolet | 925,26 |
| Juros (R\$): | 1,24 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 926,50 |
| Valor Pago (R\$): | 926,50 |
| Identificação do Pagamento: | LABOR IMPORT |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 12:10:09 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22305895 |
| Chave de segurança: | 3NY12CG66VPCQV0M |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

<<<<<< RECORTE AQUI RECORTE AQUI RECORTE AQUI RECORTE AQUI RECORTE AQUI RECORTE AQUI RECORTE AQUI RECORTE AQUI >>>>>>

BOLETO 03 DE 03

00190.60565 03303.733335 00005.321112 9 75100000092526

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|--|
| | | Vencimento 30/04/2018 | Autenticação Mecânica - RECIBO DO PAGADOR | |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL | | Beneficiário LABOR IMPORT COMERCIAL IMPORTADORA EXPORTADOR | | |
| Endereço do Beneficiário RUA PADRE DAMASO NR 165 E 173 06016-010 OSASCO SP - CNPJ 01.005.728/0001-79 | | | | |
| Agência / Cód. Beneficiário 3333-2 / 5.321-X | Nosso Número AI 00000006056033037 | Nº do Documento 0006492903 | Valor do Documento 925,26 | Este recibo somente terá validade com autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco Recebimento através de cheque nº do Banco essa quitação terá validade após o pagamento do cheque pelo Banco Pagador |

<<< RECORTE AQUI >>>

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|-------------|---|
| | | 001-9 00190.60565 03303.733335 00005.321112 9 75100000092526 | | |
| Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO. | | | | Vencimento 30/04/2018 |
| Beneficiário LABOR IMPORT COMERCIAL IMPORTADORA EXPORTADOR | | | | Agência / Cód. Beneficiário 3333-2 / 5.321-X |
| Data do Documento 01/03/2018 | Nº do Documento 0006492903 | Espécie Doc. DM | Acelte N | Data de Processamento 05/03/2018 |
| USO DO BANCO 5.321-X | Carteira 11-019 | Espécie RS | Quantidade | Valor |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) JUROS POR UM DIA: RS 0,62 PROTESTO: 08/05/2018. A PARTIR DESSA. CONSULTE BB PJ/PGTO | | | | Nosso Número AI 00000006056033037 |
| | | | | (=) Valor do Documento 925,26 |
| | | | | (-) Desconto / Abatimento |
| | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | (+) Mora / Multa |
| | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL R PE BROSNILAU CHERECK, SN 11630-000 ILHABELA - SP Sacador / Avalista | | | | CGC 50.320.605/0001-38 Código de Baixa |



Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.37807 98088.000017 49000.028305 9 75070000602366 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Código do ISPB: | 60746948 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI |
| Nome/Razão Social: | BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI |
| CPF/CNPJ: | 10.742.412/0004-01 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MIS DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 27/04/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 6.023,66 |
| Juros (R\$): | 40,15 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 6.063,81 |
| Valor Pago (R\$): | 6.063,81 |
| Identificação do Pagamento: | BRACO IMAGING DO BRASIL |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 17:30:19 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22765024 |
| Chave de segurança: | 4XNYEUZAEWAGEUXW |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

0022776



237-2

23793.37807 98088.000017 49000.028305 9 75070000602366

Local de Pagamento

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário

BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA

| | | | | | | |
|---------------------------------|------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------|
| Data do Documento 28/03/2018 | | Número do Documento 0002104801 | | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 29/03/2018 |
| Uso do Banco 00001 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade | Valor X | |

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

*** VALORES EXPRESSOS EM REAIS ***
 JUROS POR DIA DE ATRASO.....8,03
 APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO

Bradesco Net Empresa Celular

Baixe o aplicativo e realize consultas, transações e aprovações de pagamentos.

Cadastre-se em banco.bradesco/netempresa



| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Vencimento | 27/04/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/80/880000149-8 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.023,66 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____
 Quitação válida somente após liquidação do cheque.

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154 11630-000 ILHABELA SP** 050320605/0002-19

Sacador / Avalista:

Autenticação **Recibo do Pagador**



237-2

23793.37807 98088.000017 49000.028305 9 75070000602366

Local de Pagamento

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário

BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA

| | | | | | | |
|---------------------------------|------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------|
| Data do Documento 28/03/2018 | | Número do Documento 0002104801 | | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 29/03/2018 |
| Uso do Banco 00001 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade | Valor X | |

*** VALORES EXPRESSOS EM REAIS ***
 JUROS POR DIA DE ATRASO.....8,03
 APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Vencimento | 27/04/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/80/880000149-8 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.023,66 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154 11630-000 ILHABELA SP** 050320605/0002-19

Sacador / Avalista:

Autenticação **INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017**



Autenticação

CBPP01

Ficha de Compensação

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-----|---|-------|---------|----------------|-------------|-------------|------------|--------------|--------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  BRACCO IMAGING BRASIL IMP DIS MED LTDA ROD WASHINGTON LUIS, 2400, PARTE PARQUE ECOLOGICO, 25085-009 DUQUE DE CAXIAS, RJ 0800-710-2100 | | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0- ENTRADA 1 1- SAÍDA N°000021048 SÉRIE 3 FOLHA 1/1 | |  CHAVE DE ACESSO 3318 0310 7424 1200 0401 5500 3000 0210 4817 0524 2678 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. contribuinte / | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 333180042073256 28/03/2018 12:36:01-03:00 | | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 86331837 | | INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 819013230111 | | CNPJ 10.742.412/0004-01 | | | | | | | | |
| DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MIS DE ILHA BELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | DATA DA EMISSÃO 28/03/2018 | | | | | | | | |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS, 154 | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | | CEP 11630-000 | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO ILHABELA | | FONE/FAX (12) 3896-1710 | | UF SP | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL ILHABELA | | INSCRIÇÃO ESTADUAL ILHABELA | | HORA DE SAÍDA | | | | | | | | |
| FATURA/DUPLICATA Dup: NF 21048-3 - PARC 1, Venc: 27/04/2018, Vl: 6.023,66 Dup: NF 21048-3 - PARC 2, Venc: 27/05/2018, Vl: 6.023,66 Dup: NF 21048-3 - PARC 3, Venc: 26/06/2018, Vl: 6.206,18 | | | | | | | | | | | | |
| CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS VALOR DO ICMS BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 18.253,50 2.190,42 0,00 0,00 18.253,50 VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS VALOR TOTAL DO I.P.I. VALOR TOTAL DA NOTA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 18.253,50 | | | | | | | | | | | | |
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS NOME/RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA CÓDIGO ANT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF AGIFLEX TRANSPORTES DE CARGAS LTDA 0-Emitente 10.520.551/0001-30 ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL RUA NOSSA SENHORA DAS GRACAS SAO JOAO DE MERITI RJ 78655747 QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA NÚMERO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO 3 95,130 90,600 | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | |
| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC.ICMS | VALOR ICMS | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS IPI |
| 700981 | INHAMORON 300 10 BVL X 100 ML BR | 30063013 | 600 | 6108 | NR | 15,0000 | 1216,9000 | 18253,50 | 18253,50 | 2190,42 | | 12,00 |
| Rubrica 02/04/18 Farmacêutica Dra. Camila Coelho Araujo CRE: 77246 | | | | | | | | | | | | |
| Cálculo do ISSQN INSCRIÇÃO MUNICIPAL VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS BASE DE CÁLCULO DO ISSQN VALOR DO ISSQN 7712854 | | | | | | | | | | | | |
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CALL CENTER (0800)710-2100; LOGISTICA (21)2772-1919; FINANCEIRO (21)3993-2003; CREDITO PRESUMIDO - LEI N.10147 DE 2000 - PRODUTO LISTA POSITIVA PARA O(S) SEGUINTE(S) ITEM(ENS): 700981. ORDEM DE VENDA: 1220037312. ICMS DIFAL - REPART. COME. EC 87/15 E CONV. 93/15 - ALÍQUOTA INTERNA DEST 18,00%; BC ICMS R\$18.253,50; VLR DIFAL ICMS R\$1.095,21; PARTILHA 60,00%; UF DESTINO RJ; PARTILHA 20,00%; UF ORIGEM RJ; MAT. 700981, LOTE CP7560A, QTD 15, VALIDADE 31.05.2020; | | | | | | | | | | | | |
| RESERVADO AO FISCO INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
|  LIFE FROM INSIDE | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE BRACCO IMAGING BRASIL IMP DIS MED LTDA | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica |  |
| | ROD WASHINGTON LUIS, 2400, PARTE PARQUE ECOLOGICO, 25085-009 DUQUE DE CAXIAS, RJ 0800-710-2100 | 0- ENTRADA 1 1- SAÍDA N°000021058 SÉRIE 3 FOLHA 1/1 | CHAVE DE ACESSO 3318 0310 7424 1200 0401 5500 3000 0210 5813 6336 9498 |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO Remessa em bonificacao, doacao ou brinde / | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 333180042073697 28/03/2018 12:36:55-03:00 |
|--|--|

| | | |
|--------------------------------|---|----------------------------|
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 86331837 | INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 819013230111 | CNPJ 10.742.412/0004-01 |
|--------------------------------|---|----------------------------|

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------|--------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MIS DE ILHA BELA | | 50.320.605/0002-19 | 28/03/2018 |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS, 154 | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 | DATA ENTRADA/SAÍDA |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX (12) 3896-1710 | UF SP | HORA DE SAÍDA |

FATURA/DUPLICATA

| | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 5.240,00 | VALOR DO ICMS 628,80 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.240,00 | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR TOTAL DO I.P.I. 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 5.240,00 |

| | | | | | | |
|---|---------|---------------------------------|------------|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
| NOME/RAZÃO SOCIAL AGIFLEX TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | | 0-Emitente | | | | 10.520.551/0001-30 |
| ENDEREÇO RUA NOSSA SENHORA DAS GRACAS | | MUNICÍPIO SAO JOAO DE MERITI | UF RJ | INSCRIÇÃO ESTADUAL 78655747 | | |
| QUANTIDADE 5 | ESPÉCIE | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO 11,192 | PESO LÍQUIDO 10,211 | |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------|-----|------|-------|----------|----------------|-------------|-------------|------------|--------------|----------------------|
| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC.ICMS | VALOR ICMS | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS / IPI |
| 640313 | Patient-set end 20 cm | 90189010 | 000 | 6910 | NR | 150,0000 | 11,0000 | 1650,00 | 1650,00 | 198,00 | | 12,00 |
| 640313 | Transfer full para frasco 2 cabecas | 90189010 | 000 | 6910 | NR | 30,0000 | 33,0000 | 990,00 | 990,00 | 118,80 | | 12,00 |
| 17346 | SERINGA DUPLA FASCIAD CTA COM TUBO J | 90183939 | 600 | 6910 | UN | 20,0000 | 130,0000 | 2600,00 | 2600,00 | 312,00 | | 12,00 |

Recebido 02/04/18

Farmacêutica Dra. Camilla Coelho Araujo

| | | | | |
|------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | INSCRIÇÃO MUNICIPAL 7712854 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

| | |
|---|--|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CALL CENTER (0800)710-2100; LOGISTICA (21)2772-1919; FINANCEIRO (21)3993-2603; ORDEM DE VENDA: 1 220007313. ICMS DIFAL - REPART. CONF. EC 87/15 E CONV. 93/15 - ALÍQUOTA INTERNA DEST 18.30%; BC ICMS R\$5.240,00; VLR DIFAL ICMS R\$314,40; PARTILHA 80.00% UF DESTINO R\$251,52; PARTILHA 20.00% U F ORIGEM R\$62,88; MAT. 640312, LOTE P072317039, QTD 150, VALIDADE 31.12.2019; MAT. 640313, LOTE P074417010, QTD 30, VALIDADE 30.09.2019; MAT. 17346, LOTE IAN9V-1712, QTD 20, VALIDADE 14.12.202 0; | RESERVADO AO FISCO INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
|---|--|



SEM CONT. INSIDE

CERTIFICADO DE ANÁLISE

CA: 038/17

| | | |
|--|-------------------|----------------------|
| PRODUTO / APRESENTAÇÃO: IOPAMIRON 300 (10 X 100mL) | | Nº LOTE: GP7560A |
| FABRICANTE / PAÍS: Patheon Itália | | DOC. REF.: EP 001/03 |
| FABRICAÇÃO: 06/2017 | VALIDADE: 05/2020 | INVOICE: 1702300667 |

RESULTADOS

| DESCRIÇÃO DO TESTE | CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO | RESULTADOS | UNIDADE |
|-------------------------------|---|-------------|-----------|
| Aparência | Solução clara, sem partículas visíveis. | Conforme | - |
| Cor (AU a 450nm, 4cm cell) | ≤ 0,040 | 0,006 | AU |
| pH (25°C) | 6,8 – 7,2 | 7,0 | pH |
| Volume Extraível | 100 – 110 | 108 | % |
| Material Particulado ≥ 10µm | ≤ 6000 | 6 | Nº/Frasco |
| Material Particulado ≥ 25µm | ≤ 600 | 2 | Nº/Frasco |
| Iodo Livre | Ausente | Ausente | - |
| Iodeto inorgânico | ≤ 1,5 | 0,0 | mg/100mL |
| Metais pesados | ≤ 20 | < 20 | ppm |
| Aminas aromáticas livres | ≤ 0,05 | 0,01 | % |
| Identificação Iopamidol | Corresponde | Corresponde | - |
| Identificação Trometamol | Corresponde | Corresponde | - |
| Identificação EDTA | Corresponde | Corresponde | - |
| Conteúdo de Iopamidol | 581,8 – 643,0 (Correspondente à 95-105%) | 608,7 | mg/mL |
| Conteúdo de Trometamol | 0,9 - 1,1 (Correspondente à 90-110%) | 0,9 | mg/mL |
| Conteúdo de EDTA | 0,297 – 0,363 (Correspondente à 90-110%) | 0,311 | mg/mL |
| Esterilidade | Deve passar no teste | Estéril | - |
| Endotoxinas Bacterianas (LAL) | < 0,7 | < 0,2 | IU/mL |

Status: APROVADO

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| Nome: Fabiana Arouche | Função: Gerente da Qualidade | Assinatura / Data <i>[Assinatura]</i> / 30/11/17 |
|---------------------------------|--|---|

Bracco Imaging do Brasil
 Rodovia Washington Luiz, 2400 – Parque Ecológico – Duque de Caxias - RJ - CEP:25085-009
 Rio de Janeiro – Duque de Caxias: PABX +55 21 2772-1919. – Barra da Tijuca: PABX. +55 21 3993 2603
 São Paulo: PABX. +55 11 2181 2100 / 0800 710 2100 SAC: 0800 710 2100
 www.braccoimaging.com

Bracco Group

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



CERTIFICADO DE LIBERAÇÃO DO LOTE

A Bracco Imaging do Brasil Importadora e Distribuidora de Medicamento Ltda, CNPJ 10.742.421/0004-01, AFE 1.08037-9, certifica que os resultados do controle de qualidade do lote do medicamento abaixo discriminado atende a todos os parâmetros físico-químicos e microbiológicos conforme registro na ANVISA.

Nome: IOPAMIRON 300

Apresentação: 612 MG/ML SOL INJ CT 10 FA VD INC X 100 ML

Número do Registro: 1.8037.0001.002-6

Lote: CP7560A

Data de Fabricação: 06/2017

Data de Validade: 05/2020

Certificado de Análise: 038/17

R. Simone R. Oliveira

Farmacêutico Responsável – CRF – RJ 14.936

Data: 30/11/17

Bracco Imaging do Brasil
Rodovia Washington Luiz, 2400 – Parque Ecológico – Duque de Caxias - RJ - CEP: 25085-009
Rio de Janeiro – Duque de Caxias: PABX. +55 21 2772-1919. – Barra da Tijuca: PABX. +55 21 3993 2603
São Paulo: PABX. +55 11 2181 2100 / 0800 710 2100 SAC: 0800 710 2100
www.braccoimaging.com

Bracco Gro

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.39407 98096.000017 65000.002009 2 75150000287511 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Código do ISPB: | 60746948 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E HOSP |
| Nome/Razão Social: | CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E HOSP |
| CPF/CNPJ: | 61.418.042/0001-31 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 05/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 04/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 2.875,11 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 2.875,11 |
| Valor Pago (R\$): | 2.875,11 |
| Identificação do Pagamento: | CIR FERNANDES NF 938298 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 04/05/2018 09:50:41 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 24116852 |
| Chave de segurança: | Z88SRUT9WX6FTJWV |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

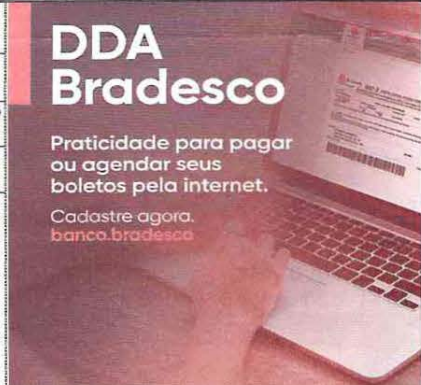
INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

0019777



237-2 | 23793.39407 98096.000017 65000.002009 2 75150000287511

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO | | | | |
| Beneficiário CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E HOSP 061418042/0001-31 03394-AG.EMP.LAPA | | | | |
| Data do Documento 05/04/2018 | Número do Documento 0938298 01 | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 06/04/2018 |
| Código do Banco 00002 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade |
| | | | | Valor X |



| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 05/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03394-4/0000020-5 |
| Nosso Número | 009/80/960000165-1 |
| 1 (=) Valor do Documento | 2.875,11 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Instruções de responsabilidade do Beneficiário

* * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * * * *

JUROS POR DIA DE ATRASO.....2,88

C. FERNANDES COM.MAT.CIR.HOSP.SOC. LTDA.
NAO PROTESTAR

Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____

Validação válida somente após liquidação do cheque.

Pagador **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA** 050320605/0001-38
R PADRE BROSNILAU CHERECK, S/N
11630-000 ILHABELA SP

Pagador / Avalista: _____ Autenticação **Recibo do Pagador**



237-2 | 23793.39407 98096.000017 65000.002009 2 75150000287511

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO | | | | |
| Beneficiário CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E HOSP 061418042/0001-31 03394-AG.EMP.LAPA | | | | |
| Data do Documento 05/04/2018 | Número do Documento 0938298 01 | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 06/04/2018 |
| Código do Banco 00002 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade |
| | | | | Valor X |

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 05/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03394-4/0000020-5 |
| Nosso Número | 009/80/960000165-1 |
| 1 (=) Valor do Documento | 2.875,11 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Pagador **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA** 050320605/0001-38
R PADRE BROSNILAU CHERECK, S/N
11630-000 ILHABELA SP

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Pagador / Avalista: _____ Autenticação CBPP01 **Ficha de Compensação**



Identificação do emitente
CIRURGICA FERNANDES
C.MAT. CIR.HO.SOL.TDA
 ALAMEDA AFRICA 570 LOTE Y
 TAMBORA
 SANTANA DE PARNABA - SP
 CEP 06543-306 - 1141520500

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAIDA
 N.º 0938298 - FL 1/2
 SÉRIE 4



CHAVE DE ACESSO
3518 0461 4180 4200 0131 5500 4000 9382 9810 5905 7989

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDAS DE MERCADORIAS**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **623112422119**
 INSCR EST SUBS TRIBUTARIO: **61.418.042/0001-31**

DESTINATÁRIO/EMITENTE: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**
 ENDEREÇO: **R PADRE BROSNILAU CHERECK, S/N**
 ILHABELA - BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO**
 MUNICIPIO: **ILHABELA**
 FONE / FAX: **1238961212**
 UF: **SP**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **11630-000**
 CNPJ / CPF: **50.320.605/0001-38**
 CEP: **11630-000**
 DATA DA EMISSÃO: **05/04/2018**
 DATA DA ENTRADA/SAÍDA: **05/04/2018**
 HORA DE SAÍDA: **21:23:36**

| FATURADUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURADUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURADUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURADUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|-----------------|------------|----------|-----------------|------------|-------|-----------------|------------|-------|-----------------|------------|-------|
| 0938298/01 | 05/05/2018 | 2.875,11 | | | | | | | | | |

| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | | VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
|-------------------------|----------|----------------------------|--------|---------------------------|------|--------------------------|----------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 2.596,33 | VALOR DO ICMS | 467,32 | VALOR DO ICMS SUBSTITUÍDO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 2.875,11 |
| VALOR DO FRETE | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00 | VALOR DO IPI | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA | 2.875,11 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS: **JAMEF TRANSPORTES LTDA**
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **JAMEF TRANSPORTES LTDA**
 ENDEREÇO: **R JUSSARA 1422**
 QUANTIDADE: **7,00**
 ESPÉCIE: **VOLUMES**
 MARCA: **CIRURGICA**
 MUNICÍPIO: **BARUERI**
 FRETE POR CONTA: **0 - Por conta do emitente**
 PLACA DO VEÍCULO: **SP 20.147.617/0022-76**
 UF: **SP**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **206269271119**
 PESO BRUTO: **22.317**
 PESO LÍQUIDO: **21.182**

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | DESCRÇÃO PRODUTO/SERVIÇO | | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | B.CALC. ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR ICMS ST | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS IPI |
|-------------------------------|---|--------------------------|-----|----------|-----|------|--------|--------|----------------|-------------|--------------|-----------------|------------|---------------|-----------|--------------------|
| ANFC A1010 | ANUSCOPPIO FECHADO KOL PLAST Lote 1180228099, Validade 28/02/20, Quantidade 50 | 90189099 | 000 | 5102 | UN | 50 | 1,6732 | 83,66 | 83,66 | 0,00 | 0,00 | 15,05 | 0,00 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |
| AVP010 | LENCOL DESC. C/ ELASTICO 2,00X0,90 PCT/10 AVENPAR Lote AVP052017, Validade 28/05/22, Quantidade 3 | 30051090 | 060 | 5405 | UN | 20 | 13,939 | 278,78 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CÁLCULO DO ISSQN | | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | | VALOR DO ISSQN | |
|---------------------|--------|--------------------------|------|----------------|------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | 64.484 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | 0,00 | VALOR DO ISSQN | 0,00 |

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Rep: 10.004 - JULIA RAMOS | Ped Cliente: 1364007 Rota: 129 | N Ped: 1364007 EXP | Transp: 129 - JAMEF | Obs: Ordem de Compra: 058 1/18 | Cod Cliente: 35734 | ST - Artigo 313-A do RICMS Decreto 53.511 de 06/10/2008. o frete faz base de calculo Icms: 2
 [EMAIL=almoxarifado.saude@ilhabela.sp.gov.br;financeiro@santacasailhabela.org.br;nfe@saajamef.com.br] LOCAL DE ENTREGA: R PREF MARIANO P. DE ARAUJO CARVALHO 86 Bairro/Distrito: PEREQUE Município: ILHABELA UF: SP País: BRASIL

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017





Identificação do emittente
CIRURGICA FERNANDES
C.MAT.CIR.HO.SO.LTDA
 ALAMEDA AFRICA 570 LOTE Y
 FAMBORÉ
 SANTANA DE PARNABA - SP
 CEP 06543-306 - 1141520500

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº. 0938298 - FL 2 / 2
 SÉRIE 4



CHAVE DE ACESSO
3518 0461 4180 4200 0131 5500 4000 9382 9810 5905 7989

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS DE MERCADORIAS
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
623112422119

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180229801495 05/04/2018 21:23:36
 CNPJ
61.418.042/0001-31

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | B.CALC. ICMS ST | VALOR ICMS | VALOR ICMS ST | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS IPI |
|-------------------------------|--|----------|-----|------|----|-------|----------------|-------------|--------------|-----------------|------------|---------------|-----------|--------------------|
| PPS0275 | 0 LUYA CIRURGICA LATEX C/PO NR. 7.5 SURGICARE Lote YY2698, Validade 24/04/22, Quantidade 80 | 40151100 | 100 | 5102 | PR | 800 | 0,95 | 760,00 | 760,00 | 0,00 | 136,80 | 0,00 | 0,00 | 18,00 |
| GDI145697 | MASCARA DESC. TRIPLA C/ELASTICO PCT/ 50 WILTEX PLUS Lote GD17946, Quantidade 80 | 53079010 | 100 | 5102 | PT | 80 | 4,499 | 359,92 | 359,92 | 0,00 | 64,78 | 0,00 | 0,00 | 18,00 |
| BT-SC5-1454 | SONDA ASP SIST FECH. TRAQUEAL 14FR 54CM BIOTEQ Lote G176219, Validade 28/05/22, Quantidade 5 | 90183929 | 600 | 5102 | DN | 5 | 29,99 | 149,95 | 149,95 | 0,00 | 26,99 | 0,00 | 0,00 | 18,00 |
| 10216 | CATEETER IV PERIF. C/AG 22GX23MM POL YMED Lote 270810, Validade 28/05/22, Quantidade 2000 | 90183929 | 100 | 5102 | UN | 2000 | 0,61 | 1.220,00 | 1.220,00 | 0,00 | 219,60 | 0,00 | 0,00 | 18,00 |

Secretaria de Saúde
 12 ABR 2018
 RECEBIMOS

[Handwritten Signature]
 João Carlos de Almeida
 Coordenador de Almoxarifado
 Hospital de Saúde

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



870804



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-1/18

FORNECEDOR: CIRURGICA FERNANDES C. MAT. CIR. HO. SO. LTDA.

CNPJ: 61.418.042/0001-31.

BANCO: 237 - BRADESCO

AGENCIA: 3394-4

C/C: 20-5

VENDEDOR: JULIA RAMOS.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-----------|-------------|--------------|
| 1 | 50 | UNI | 26433 - ANUSCOPIO DESCARTAVEL FECHADO utilizado para realização de anuscopia, produto composto por três peças: corpo, êmbolo e ponteira, fabricado sem poliestireno cristal, dimensões: abertura proximal diâmetro de 2,0cm; extensão de segmento cilíndrico 9cm; êmbolo comprimento total de 13cm. | KOLPLAST | R\$ 1,67315 | R\$ 83,66 |
| 2 | 2.000 | UNI | 24569 - CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 22 cateter intravenoso radiopaco estéril, atóxico e apirogênico; atraumático e descartável; indicado para terapia intravascular periférica em infusões de média permanência. cânula externa em teflon, com paredes finas, flexível; siliconizado; cânula da agulha em aço inoxidável; bisel trifacetado e curto; adaptador luer lock; tampa protetora da agulha em pvc com filtro bacteriano; tamanho 22g de 25mm de comprimento, periférico; embalado individualmente. em material que promova barreira microbiana de abertura e transferência asséptica; a apresentação do produto deverá obedecer a legislação atual vigente | POLYMED | R\$ 0,61 | R\$ 1.220,00 |
| 3 | 20 | UNI | 25747 - CURATIVO ESTÉRIL, DE CARVÃO ATIVADO COM ALGINATO DE CALCIO E SODIO E CARBOXIMETILCELULOSE curativo estéril de carvão ativado com alginato de calcio e sodio e carboximetilcelulose, altamente absorvente com controle de odor, composto por camada altamente absorvente de alginato de calcio e sodio, uma camada de carvão ativado que filtra o odor, combinada a uma camada absorvente recobertos por um filme resistente a água - tamanho 10cmx 10cm. | CASEX | R\$ 13,9392 | R\$ 278,78 |
| 4 | 30 | UNI | 24775 - LENÇOL DESCARTÁVEL EM TNT TAMANHO 2M X 90CM com elástico, branco, uso único | AVENPAR | R\$ 0,76 | R\$ 22,80 |
| 5 | 800 | PAR | 24777 - LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 7,5 | SURGICARE | R\$ 0,95 | R\$ 760,00 |

Beahom

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | |
|---|----|-----|---|--------|-----------|------------|
| 6 | 80 | PCT | 24796 - MÁSCARA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL C/ ELÁSTICO - PACOTE C/ 50 mascara cirurgica descartavel; em 100% polipropileno; com clip nasal e com 3 pregas, com elastico; isenta de fibra de vidro; hipoalergica; sem filtro; embalagem em material que garanta a integridade do produto; a apresentacao do produto devera obedecer a legislacao atual vigente | WILTEX | R\$ 4,499 | R\$ 359,92 |
| 7 | 5 | UNI | 27196 - SONDA PARA ASPIRAÇÃO SISTEMA FECHADO 14 FRC/COR – VERDE sistema de aspiração 14fr para uso em tubo endotraqueal, comprimento 33cm, material pvc. | BIOTEQ | R\$ 29,99 | R\$ 149,95 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 2.875,11

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.

COTAÇÃO CIRURGICA FERNANDES Nº 2704581.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

04/04/2018


José Denilson da Silva
RG 47.801.156-8
Supervisor de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
05.04.18.


Rafael Carlos Silva de Oliveira
RG: 41.943.453-7
Encarregado de Controle Financeiro


Gustavo Barboni de Freitas
Interventor
Decreto Municipal 6.612/2017
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Recebemos de ADEMAR CESAR FERNAINE - EPP os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 07/06/2018 Dest/Rem: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Valor Total: 587,50

Página 996 de 1264

NF-e
Nº 000.010.711
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ADEMAR CESAR FERNAINE - EPP



RUA PROF THOMAZ GALHARDO, 942 -
CENTRO - UBATUBA - SP
Fone: (12)3833-2434 - CEP: 11680-000

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.010.711
SÉRIE 001
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3518 0606 2946 4800 0102 5500 1000 0107 1110 0039 9598

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180379486152 07/06/18 15:32:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL
701121350111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
06.294.648/0001-02

DESTINATÁRIO / REMETENTE

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|---------------------------------|--|
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ / CPF 50.320.605/0001-38 | | DATA DA EMISSÃO 07/06/2018 | |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 25 | | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | | CEP 11630-000 | |
| MUNICÍPIO ILHABELA | | UF SP | | TELEFONE / FAX (12)3896-9200 | |
| | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | HORA DA SAÍDA | |

FATURA

PAGAMENTO À VISTA

0704.18

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 587,50 | 105,75 | 0,00 | 0,00 | 183,83 (31,29%) | 587,50 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 587,50 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | | |
|---------------------|---------|-----------------|-------------|------------------|--------------|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| | | 0 - EMITENTE | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |
| 5 | | | OR 26461 | | | |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. % | |
|----------------|--|----------|-----|------|-------|-------|----------------|----------------|---------------|--------------------|------------|-----------|---------|------|
| | | | | | | | | | | | | | ICMS | IPI |
| 898280071406 | LIXEIRA RETANGULAR BRANCA 100 LT COM PEDAL Vr. Aprox. Tributos: R\$ 183,83 (31,29 % FONTE IBPT) | 39249000 | 000 | 5102 | UN | 5,000 | 117,50 | 0,00 | 587,50 | 587,50 | 105,75 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DOS ADICIONAIS

ORÇAMENTOS COMPLEMENTARES
1) Entrega:
n. Ped. Cliente: 45/2018
MEMO CRAS 45/2018 - ORÇAMENTO 085/18 - LOCAL DE ENTREGA. CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL - BANCO BRADESCO - 7944-8 - CC 0000110-4 - ADEMAR CESAR FERNAINE EPP.
Vl. Aprox. Tributos: R\$ 183,83 (31,29 % FONTE IBPT) Código: 6124

Rodrigo B. Correa
Diretor de Vigilância Ambiental
Secretaria de Saúde de Ilhabela

RESERVADO AO FISCO



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 085/18

FORNECEDOR: ADEMAR CESAR FERNAINE - EPP.

CNPJ: 06.294.648/0001-02.

BANCO: 341 - ITAU

AGENCIA: 1566

C/C: 18842-9

VENDEDOR: ADEMAR.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|----------|------------|--------------|
| 1 | 10 | UNI | LIXEIRA RETANGULAR, BRANCA, COM PEDAL, CAPACIDADE DE 100 LITROS, MATERIAL 100% POLIPROPILENO | ARQPLAST | R\$ 117,50 | R\$ 1.175,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 1.175,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO CRA Nº 45/2018 - ORÇAMENTO Nº 085/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL - RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 522 - BARRA VELHA.

PRAZO DE ENTREGA: 30 DIAS.

24/04/2018

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.37807 98040.000014 98000.028302 2 75190000620618 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|--------------------------|
| Data do Vencimento: | 09/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 09/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 6.206,18 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 6.206,18 |
| Valor Pago (R\$): | 6.206,18 |
| Identificação do Pagamento: | BRACCO IMAGING DO BRASIL |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 17:32:03 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 29738636 |
| Chave de segurança: | AP5R87TWPS4YS9S1 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

237-2

23793.37807 98040.000014 98000.028302 2 75190000620618

| | | | | | |
|--|-------------------|--|----------------------------|--|----------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO | | | | | |
| Beneficiário BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA | | | | | |
| Data do Documento 08/02/2018 | | Número do Documento 0002052103 | | Espécie Documento DM | Acéite SEM |
| | | | | Data do Processamento 09/02/2018 | |
| Uso do Banco 00001 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda RS | Quantidade | Valor X |

Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *
MORA DIA/COM.PERMANENC.....8,27
APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO

**COBRANÇA
INSTANTÂNEA
BRADESCO**



Sua cobrança de forma ágil e prática.

pessoajuridica.bradesco

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 09/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/80/400000198-2 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.206,18 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Quitação válida somente após liquidação do cheque.

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE** **050320605/0002-19**
AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154
11630-000 ILHABELA **SP**

Sacador / Avalista:

Autenticação **Recibo do Pagador**

237-2

23793.37807 98040.000014 98000.028302 2 75190000620618

| | | | | | |
|--|-------------------|--|----------------------------|--|----------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO | | | | | |
| Beneficiário BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA | | | | | |
| Data do Documento 08/02/2018 | | Número do Documento 0002052103 | | Espécie Documento DM | Acéite SEM |
| | | | | Data do Processamento 09/02/2018 | |
| Uso do Banco 00001 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda RS | Quantidade | Valor X |

I ** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *
N MORA DIA/COM.PERMANENC.....8,27
S APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO
T
R
U
Ç
Õ
E
S

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 09/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/80/400000198-2 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.206,18 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE** **050320605/0002-19**
AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154
11630-000 ILHABELA **SP**

Sacador / Avalista:

Autenticação **CBPP01** **Ficha de Compensação**

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**





Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09180 04013.330941 07915.850007 1 75200001536125 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | CAO MEDICA C M C V LTDA ME |
| Nome/Razão Social: | CAO MEDICA C M C V LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 10.963.128/0001-04 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|-------------------------|
| Data do Vencimento: | 10/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 10/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 15.361,25 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 15.361,25 |
| Valor Pago (R\$): | 15.361,25 |
| Identificação do Pagamento: | CAOMEDICA COM NF 015241 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Data/hora da operação: 10/05/2018 09:54:59**Código da operação:** 30186164**Chave de segurança:** GAH7RATZXNMNU4AF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7**

COMPROVANTE DE ENTREGA

| | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|---|
| Cedente CÃOMÉDICA COM. MAT. CIR. VETERINARIO | | Agência/cód.cedente 0940/79158-5 | | Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora) | | |
| Sacado SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA * | | Nosso número 109/18040133-3 | | <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado |
| Vencimento 10/05/2018 | Número documento 015241 | Espécie REAL | Valor do documento 15.361,25 | <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Não Procurado | <input type="checkbox"/> Falecido |
| Recebi(emos) o boleto com as características acima | | Data | Assinatura | <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | | Data | Entregador | | |

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7**

RECIBO DO SACADO

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|----------------------|---|--|
| Local de pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ | | | | | Vencimento 10/05/2018 |
| Data documento 10/04/2018 | Número do documento 015241 | Espécie doc. DUPLICATA MERCANTIL | Aceite NÃO | Data processamento 10/04/2018 | Nosso número 109/18040133-3 |
| Uso Banco | Carteira 109 | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (=) Valor do documento 15.361,25 |

Instruções (Todas informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

**SUJEITO A PROTESTO APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO
APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 307,23
APOS O VENCIMENTO COBRAR R\$ 30,47 POR DIA DE ATRASO**

PEDIDO: 2018.03.000496

Recebimento através do cheque nº _____ do Banco _____
Quitação válida somente após liquidação do cheque

Desenvolvido por TriboFox - Tecnologia em Sistemas

www.tribofox.com.br

Sacado **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA *** CNPJ / CPF : 50.320.605/0001-38
**R PADRE BRONISLAU CHERECK ,15
CENTRO
11630000 - ILHABELA - SP**

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7**

34191.09180 04013.330941 07915.850007 1 75200001536125

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|----------------------|--|--|
| Local de pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ | | | | | Vencimento 10/05/2018 |
| Cedente CÃOMÉDICA COM. MAT. CIR. VETERINARIO LTDA - ME | | CNPJ:10.963.128/0001-04 | | Agência/cód.cedente 0940/79158-5 | |
| Data documento 10/04/2018 | Número do documento 015241 | Espécie doc. DUPLICATA MERCANTIL | Aceite NÃO | Data processamento 10/04/2018 | Nosso número 109/18040133-3 |
| Uso Banco | Carteira 109 | Espécie REAL | Quantidade | Valor X | (=) Valor do documento 15.361,25 |

Instruções (Todas informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

**SUJEITO A PROTESTO APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO
APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 307,23
APOS O VENCIMENTO COBRAR R\$ 30,47 POR DIA DE ATRASO**

PEDIDO: 2018.03.000496

Desenvolvido por TriboFox - Tecnologia em Sistemas

www.tribofox.com.br

Sacado **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA *** CNPJ / CPF : 50.320.605/0001-38
**R PADRE BRONISLAU CHERECK ,15
CENTRO
11630000 - ILHABELA - SP**

Sacador/Avalista

FICHA DE COMPENSAÇÃO

Autenticação mecânica



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|--|---|---|
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CAOMEDICA ORTOPEDIA VETERINARIA CAOMEDICA COM. MAT. CIR. VETERINARIO LTDA - ME  RUA FREDERICO OZANAM,273 VILA JOAQUIM INACIO CAMPINAS / SP 13045-640 TELEFONE: (19)3232-1906 | | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.015.241 SÉRIE 1 FOLHA 1/4 |
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA | | CHAVE DE ACESSO 3518 0410 9631 2800 0104 5500 1000 0152 4110 0030 4824 Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 244.843.965.112 | | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT CNPJ 10.963.128/0001-04 |
| PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180239632817 10/04/2018 14:46:02 | | |

| | | | |
|--|-----------------|-------------------------------------|-------------------------|
| DESTINATÁRIO/ REMETENTE | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA * | | 50.320.605/0001-38 | 10/04/2018 |
| ENDEREÇO R PADRE BRONISLAU CHERECK,15 | | BAIRRO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | UF SP | FONE/FAX (12) 0 3895-7229 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | HORA SAÍDA | |


| DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | DUPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|-----------|------------|-------|
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|---------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|--|--------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | VALOR DO ICMS | | BASE DE CÁLCULO DO ICMS S.T. | | VALOR DO ICMS S.T. | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 15.361,25 | |
| VALOR FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR APROX TRIBUTOS | VALOR TOTAL DA NOTA | | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 800,10 | 15.361,25 | | | |

| | | | | | | |
|--|---------|--------------------------------|-------------|--------------------|--------------|----------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA I-DESTINATÁRIO | CODIGO ANTT | PLACA VEICULO | UF | CNPJ/CPF |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | MUNICÍPIO | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| ENDEREÇO | | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |
| 1 | PACOTE | | | 4,000 | 0,000 | |

| | | | |
|----------------------------|--|--------|-----------|
| ENDEREÇO DE ENTREGA | | BAIRRO | MUNICÍPIO |
| ENDEREÇO ENTREGA | | | |

| DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------|-------|------|------|-------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|-------------------|
| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ ICMS | ALÍQ IPI | V. APROX TRIBUTOS |
| 12 | FIO DE KIRSCHNER LISO 1.0 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 7,00 | 21,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,88 |
| 13 | FIO DE KIRSCHNER LISO 1.5 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 7,00 | 21,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,88 |
| 14 | FIO DE KIRSCHNER LISO 2.0 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 7,00 | 21,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,88 |
| 16 | FIO DE STEINMAN LISO 3.0 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 9,00 | 18,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,76 |
| 23 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 06 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 24 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 10 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 28 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 08 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 29 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 10 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 30 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 12 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 31 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 14 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 38 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 16 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 39 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 08 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 55 | FIO DE STEINMAN LISO 3.5 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 9,00 | 18,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,76 |
| 56 | FIO DE STEINMAN LISO 4.0 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 9,00 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,51 |
| 85 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 20 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 86 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 24 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 112 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 24 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 113 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 26 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 114 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 30 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 118 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 22 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 132 | BROCA 1.5 MM (P/ PARAFUSO 2.0MM) | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 45,00 | 135,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,56 |
| 137 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 22 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 157 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 18 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 158 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 26 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |

| | |
|--|--|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO:2018.03.000496 OBS:ENDEREÇO DE ENTREGA: CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, N522 BAIRRO: BARRA VELHA / ILHA BELA / SP CEP: 11630-000 | RESERVADO AO FISCO <div align="center"> INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 </div> <div align="right">  Rodrigo R. Correa Diretor de Vigilância Ambiental Secretaria de Saúde de Ilhabela </div> |
|--|--|

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CAOMEDICA ORTOPEDIA VETERINARIA CAOMEDICA COM. MAT. CIR. VETERINARIO LTDA - ME | | DANFE Página 1004 de 1264 DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA | |  | |
|  RUA FREDERICO OZANAM,273 VILA JOAQUIM INACIO CAMPINAS / SP 13045-640 TELEFONE: (19)3232-1906 | | 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA | | CHAVE DE ACESSO 3518 0410 9631 2800 0104 5500 1000 0152 4110 0030 4824 | |
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA | | Nº 000.015.241 SÉRIE 1 FOLHA 2/4 | | Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 244.843.965.112 | | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180239632817 10/04/2018 14:46:02 | |
| CNPJ 10.963.128/0001-04 | | | | | |

DADOS DOS PRODUTOS/SERVICOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI | V. APROX TRIBUTOS |
|-------------------|---|----------|-------|------|------|-------|---------------|----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|----------------------|
| 169 | BROCA 2.5 MM (P/ PARAFUSO 3.5MM) | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 45,00 | 135,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,56 |
| 181 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 1.5 X 16 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,50 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,93 |
| 182 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 14 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 186 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 18 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 189 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 20 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 198 | PINÇA AUTO CENTRANTE 16 CM | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 280,00 | 560,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 36,57 |
| 241 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 1.5 X 10 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,50 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,93 |
| 242 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 1.5 X 12 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,50 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,93 |
| 243 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 1.5 X 14 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,50 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,93 |
| 246 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 12 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 247 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 16 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 248 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 18 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 249 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 20 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 251 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 28 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 252 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 30 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 255 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 10 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 256 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 12 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 257 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 14 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 258 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 16 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 259 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 34 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 277 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 22 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 411 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 40 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 466 | FIO DE STEINMAN LISO 2.5 X 300 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 9,00 | 18,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,76 |
| 510 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 1.5 X 08 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,50 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,93 |
| 551 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 28 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 793 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 1.5 X 06 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,50 | 46,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,93 |
| 913 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 36 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 914 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 38 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 915 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 42 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 916 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 44 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 918 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 32 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 1245 | BROCA 2.0 MM (P/ PARAFUSO 2.7MM) | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 45,00 | 135,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,56 |
| 1298 | PINÇA AUTO CENTRANTE 13 CM | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 250,00 | 500,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 32,65 |
| 1372 | PUSH PULL 2.0 MM | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 130,00 | 130,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,49 |
| 1473 | PUSH PULL 2.7 MM | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 130,00 | 130,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,49 |
| 1517 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 16 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 10 | 17,00 | 170,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 7,14 |
| 1518 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 18 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 1519 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 20 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 8 | 17,00 | 136,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 1522 | PLACA BLOQUEADA 3.5 X 10 FUIROS | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 104,50 | 209,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,78 |
| 1692 | BROCA ESFERICA 2.5 MM | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 90,00 | 90,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 1737 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 08 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 1738 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 10 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 17,00 | 119,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,00 |
| 1739 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 12 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 14 | 17,00 | 238,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 10,00 |
| 1754 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 18 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 1755 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 20 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 17,00 | 119,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,00 |
| 1756 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 16 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 8 | 17,00 | 136,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 1782 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 14 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 8 | 17,00 | 136,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 1789 | ESCARIADOR 2.0MM (CABO FIXO) | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 100,00 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,53 |
| 1853 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 22 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 17,00 | 119,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,00 |
| 1854 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 24 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 17,00 | 119,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,00 |
| 1943 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 14 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 8 | 17,00 | 136,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 1948 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 22 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 1949 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 24 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 8 | 17,00 | 136,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 1950 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.7 X 26 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |

DADOS ADICIONAIS

 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PEDIDO:2018.03.000496
 OBS:ENDEREÇO DE ENTREGA:

 CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL
 RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, N522
 BAIRRO: BARRA VELHA / ILHA BELA / SP
 CEP: 11630-000

RESERVADO AO FISCO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

 Rodrigo B. Correa
 Diretor de Vigilância Ambiental
 Secretaria de Saúde de Itabela

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CAOMEDICA ORTOPEDIA VETERINARIA CAOMEDICA COM. MAT. CIR. VETERINARIO LTDA - ME | | DANFE CUPOM FISCAL DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA | |  | |
|  RUA FREDERICO OZANAM,273 VILA JOAQUIM INACIO CAMPINAS / SP 13045-640 TELEFONE: (19)3232-1906 | | 1 | | CHAVE DE ACESSO 3518 0410 9631 2800 0104 5500 1000 0152 4110 0030 4824 | |
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA | | Nº 000.015.241 SÉRIE 1 FOLHA 3/4 | | Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 244.843.965.112 | | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180239632817 10/04/2018 14:46:02 | |
| CNPJ 10.963.128/0001-04 | | | | | |

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ ICMS | ALIQ IPI | V. APROX TRIBUTOS |
|-------------------|---|----------|-------|------|------|-------|---------------|----------------|----------------|---------------|--------------|--------------|-------------|----------------------|
| 1969 | PLACA BLOQUEADA 2.7 X 06 FUIROS | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 90,25 | 90,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,79 |
| 1971 | PLACA BLOQUEADA 2.7 X 08 FUIROS | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 90,25 | 180,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 7,58 |
| 2031 | PLACA T BLOQUEADA 2.7 MM (2X06 F) | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 95,00 | 190,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 7,98 |
| 2033 | PLACA BLOQUEADA 3.5 X 12 FUIROS | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 104,50 | 209,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,78 |
| 2071 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 12 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 2106 | PUSH PULL 3.5 MM | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 130,00 | 130,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,49 |
| 2186 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 50 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 13,00 | 26,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,09 |
| 2196 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 26 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 2221 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 30 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 17,00 | 119,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,00 |
| 2236 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.0 X 24 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 12,50 | 50,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,10 |
| 2257 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 38 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 2292 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 34 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 17,00 | 119,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,00 |
| 2293 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 3.5 X 36 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 17,00 | 102,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 4,28 |
| 2308 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 32 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 2309 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 34 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 2437 | BROCA 1.1 MM (P/ PARAFUSO 1.5MM) | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 3 | 45,00 | 135,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,56 |
| 2546 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.5 X 46 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 2548 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 48 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 11,00 | 22,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,92 |
| 2551 | PLACA RECONSTRUCAO BLOQUEADA 2,7MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 95,00 | 95,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,99 |
| 3115 | BROCA ESFERICA 3.0 MM | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 90,00 | 90,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |
| 3261 | ESCARIADOR 2.7MM (CABO FIXO) | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 100,00 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,53 |
| 3347 | FURADEIRA CANULADA AUTOCLAVAVEL (127V) | 84672100 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 790,00 | 790,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 63,04 |
| 3389 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 1.5 X 06 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 10 | 20,00 | 200,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,40 |
| 3391 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 1.5 X 08 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 20,00 | 120,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,04 |
| 3392 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 1.5 X 10 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 6 | 20,00 | 120,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,04 |
| 3393 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 1.5 X 12 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 10 | 20,00 | 200,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,40 |
| 3394 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 1.5 X 14 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 12 | 20,00 | 240,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 10,08 |
| 3399 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.0 X 08 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 20,00 | 140,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,88 |
| 3400 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.0 X 10 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 8 | 20,00 | 160,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,72 |
| 3401 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.0 X 12 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 12 | 20,00 | 240,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 10,08 |
| 3402 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.0 X 14 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 9 | 20,00 | 180,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 7,56 |
| 3403 | PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO 2.0 X 16 MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 7 | 20,00 | 140,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,88 |
| 3454 | PLACA BLOQUEADA 1.5 X 08 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 80,75 | 80,75 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,39 |
| 3457 | PLACA BLOQUEADA 1.5 X 10 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 80,75 | 80,75 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,39 |
| 3482 | PLACA BLOQUEADA 2.0 X 08 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 80,75 | 161,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,78 |
| 3483 | PLACA BLOQUEADA 2.0 X 12 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 80,75 | 80,75 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,39 |
| 3491 | PUSH PULL 1.5 MM | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 130,00 | 130,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 8,49 |
| 3538 | MODELADOR DE PLACA (MESA) | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 2500,00 | 2500,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 163,25 |
| 3549 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 36 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 3557 | ESCARIADOR 3.5MM (CABO FIXO) | 90189099 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 100,00 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,53 |
| 3558 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 38 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 11,00 | 44,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,85 |
| 3559 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 2.7 X 40 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 13,00 | 52,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 2,18 |
| 3577 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 54 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 13,00 | 26,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,09 |
| 3720 | PLACA RECONSTRUCAO BLOQUEADA 2.0MM * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 95,00 | 95,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,99 |
| 3727 | PLACA BLOQUEADA 2.0 X 06 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 80,75 | 161,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,78 |
| 3731 | PLACA BLOQUEADA 2.0 X 10 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 80,75 | 161,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,78 |
| 4063 | PLACA T BLOQUEADA 1.5 MM (2X05 F) * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 85,00 | 170,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 7,14 |
| 4124 | PLACA BLOQUEADA 2.7 X 12 FUIROS | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 90,25 | 180,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 7,58 |
| 4126 | MODELADOR DE PLACA (PAR) 2.7-3.5MM | 90189099 | 0102 | 5102 | PR | 2 | 147,25 | 294,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 19,23 |
| 4584 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 56 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 13,00 | 26,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,09 |
| 4585 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 60 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 13,00 | 26,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,09 |
| 4636 | PLACA BLOQUEADA 1.5 X 03 FUIROS * | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 80,75 | 161,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 6,78 |
| 4659 | PLACA BLOQUEADA 2.7 X 10 FUIROS | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 90,25 | 90,25 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 3,79 |
| 4761 | BROCA ESFERICA 3.5 MM | 90184919 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 90,00 | 90,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 5,71 |

DADOS ADICIONAIS

 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PEDIDO:2018.03.000496
 OBS:ENDERECO DE ENTREGA:

 CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL
 RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, N522
 BAIRRO: BARRA VELHA / ILHA BELA / SP
 CEP: 11630-000

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

RESERVADO AO FISCO

 Rodrigo B. Correa
 Diretor de Vigilância Ambiental
 Secretaria de Saúde de Ilha Bela

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CAOMEDICA ORTOPEDIA VETERINARIA Página 1006 de 1264 CAOMEDICA COM. MAT. CIR. VETERINARIO LTDA - ME  RUA FREDERICO OZANAM,273 VILA JOAQUIM INACIO CAMPINAS / SP 13045-640 TELEFONE: (19)3232-1906 | | DANFE DOCUMENTO FISCAL DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.015.241 SÉRIE 1 FOLHA 4/4 |  CHAVE DE ACESSO 3518 0410 9631 2800 0104 5500 1000 0152 4110 0030 4824 Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |
| NATUREZA OPERAÇÃO VENDA | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180239632817 10/04/2018 14:46:02 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 244.843.965.112 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT | CNPJ 10.963.128/0001-04 | |

DADOS DOS PRODUTOS/SERVICOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI | V. APROX TRIBUTOS |
|-------------------|---------------------------------------|----------|-------|------|------|-------|---------------|----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|----------------------|
| 5122 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 52 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 13,00 | 26,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 |
| 5123 | PARAFUSO CORTICAL S/BLOQ. 3.5 X 58 MM | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 2 | 13,00 | 26,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0 | 1,09 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 PEDIDO:2018.03.000496
 OBS:ENDEREÇO DE ENTREGA:

CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL
 RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, N522
 BAIRRO: BARRA VELHA / ILHA BELA / SP
 CEP: 11630-000

RESERVADO AO FISCO

Rodrigo B. Correa
 Diretor de Vigilância Ambiental
 Secretaria de Saúde de Ilhabela

Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP

CEP 11630-000 - Fone 3896-5766

Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38

ORDEM DE COMPRA Nº 057/18

FORNECEDOR: CAO MEDICA COMERCIO DE MATERIAL CIRURGICO VETERINARIO LTDA.

CNPJ: 10.963.128/0001-04.

BANCO: 237 - BRADESCO

AGENCIA: 2118

C/C: 32110-9

VENDEDOR: NATALY FERREIRA.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-----------|------------|------------|
| 1 | 10 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 1.5 X 6 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 200,00 |
| 2 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 1.5 X 8 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 120,00 |
| 3 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 1.5 X 10 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 120,00 |
| 4 | 10 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 1.5 X 12 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 200,00 |
| 5 | 12 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 1.5 X 14 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 240,00 |
| 6 | 3 | UNI | BROCA 1.1 MM | CÃOMEDICA | R\$ 45,00 | R\$ 135,00 |
| 7 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 1.5 MM COM 3 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 161,50 |
| 8 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA 1.5 MM COM 8 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 80,75 |
| 9 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA 1.5 MM COM 10 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 80,75 |
| 10 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 1.5 MM EM T | CÃOMEDICA | R\$ 85,00 | R\$ 170,00 |
| 11 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.0 MM COM 6 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 161,50 |
| 12 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.0 MM COM 8 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 161,50 |
| 13 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.0 X 8 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 140,00 |
| 14 | 8 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.0 X 10 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 160,00 |
| 15 | 12 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.0 X 12 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 240,00 |
| 16 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.0 MM COM 10 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 161,50 |
| 17 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.0 MM COM 12 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 80,75 | R\$ 80,75 |
| 18 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA RECONSTRUÇÃO 2.0 MM COM 16 FUROS | CÃOMEDICA | R\$ 95,00 | R\$ 95,00 |
| 19 | 9 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.0 X 14 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 180,00 |
| 20 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.0 X 16 MM | CÃOMEDICA | R\$ 20,00 | R\$ 140,00 |
| 21 | 3 | UNI | BROCA 1.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 45,00 | R\$ 135,00 |
| 22 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 8 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 23 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 10 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 119,00 |
| 24 | 14 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 12 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 238,00 |
| 25 | 8 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 14 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 136,00 |
| 26 | 8 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 16 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 136,00 |
| 27 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 18 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 28 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 20 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 119,00 |
| 29 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 22 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 30 | 8 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 24 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 136,00 |
| 31 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 2.7 MM X 26 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 32 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.7 MM 6F | CÃOMEDICA | R\$ 90,25 | R\$ 90,25 |
| 33 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.7 MM 8F | CÃOMEDICA | R\$ 90,25 | R\$ 180,50 |
| 34 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.7 MM 10F | CÃOMEDICA | R\$ 90,25 | R\$ 90,25 |
| 35 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.7 MM 12F | CÃOMEDICA | R\$ 90,25 | R\$ 180,50 |
| 36 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA EM T 2.7 MM | CÃOMEDICA | R\$ 95,00 | R\$ 190,00 |
| 37 | 1 | UNI | PLACA BLOQUEADA 2.7 MM RECONSTRUÇÃO 16F | CÃOMEDICA | R\$ 95,00 | R\$ 95,00 |
| 38 | 3 | UNI | BROCA 2.0 MM | CÃOMEDICA | R\$ 45,00 | R\$ 135,00 |
| 39 | 3 | UNI | BROCA 2.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 45,00 | R\$ 135,00 |
| 40 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 3.5 MM 10F | CÃOMEDICA | R\$ 104,50 | R\$ 209,00 |



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Barbosa

| | | | | | | |
|----|----|-----|---|-----------|--------------|--------------|
| 41 | 2 | UNI | PLACA BLOQUEADA 3.5 MM 12F | CÃOMEDICA | R\$ 104,50 | R\$ 209,00 |
| 42 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 12 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 43 | 8 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 14 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 136,00 |
| 44 | 10 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 16 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 170,00 |
| 45 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 18 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 46 | 8 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 20 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 136,00 |
| 47 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 22 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 119,00 |
| 48 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 24 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 119,00 |
| 49 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 30 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 119,00 |
| 50 | 7 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 34 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 119,00 |
| 51 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 36 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 52 | 6 | UNI | PARAFUSO BLOQUEADO 3.5 X 38 MM | CÃOMEDICA | R\$ 17,00 | R\$ 102,00 |
| 53 | 2 | UNI | MOLDADOR DE PLACA SISTEMA 2.7/3.5 | CÃOMEDICA | R\$ 147,25 | R\$ 294,50 |
| 54 | 3 | UNI | PINO LISO DE 1 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 7,00 | R\$ 21,00 |
| 55 | 3 | UNI | PINO LISO DE 1.5 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 7,00 | R\$ 21,00 |
| 56 | 3 | UNI | PINO LISO DE 2.0 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 7,00 | R\$ 21,00 |
| 57 | 2 | UNI | PINO LISO DE 2.5 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 9,00 | R\$ 18,00 |
| 58 | 2 | UNI | PINO LISO DE 3.0 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 9,00 | R\$ 18,00 |
| 59 | 4 | UNI | PINO LISO DE 4.0 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 9,00 | R\$ 36,00 |
| 60 | 2 | UNI | PINO LISO DE 3.5 MM X 30 CM | CÃOMEDICA | R\$ 9,00 | R\$ 18,00 |
| 61 | 24 | UNI | PARAFUSO CORTICAL SEM BLOQUEIO SISTEMA 1.5MM (06 À 16 MM) - 04 UNIDADES DE CADA | CÃOMEDICA | R\$ 11,50 | R\$ 276,00 |
| 62 | 44 | UNI | PARAFUSO CORTICAL SEM BLOQUEIO SISTEMA 2.0MM (06 À 26 MM) - 04 UNIDADES DE CADA | CÃOMEDICA | R\$ 12,50 | R\$ 550,00 |
| 63 | 68 | UNI | PARAFUSO CORTICAL SEM BLOQUEIO SISTEMA 2.7MM (08 À 40 MM) - 04 UNIDADES DE CADA | CÃOMEDICA | R\$ 11,1176 | R\$ 756,00 |
| 64 | 52 | UNI | PARAFUSO CORTICAL SEM BLOQUEIO SISTEMA 3.5MM (10 À 60 MM) - 02 UNIDADES DE CADA | CÃOMEDICA | R\$ 11,4615 | R\$ 596,00 |
| 65 | 1 | UNI | ESCARIADOR 2.0 MM | CÃOMEDICA | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 66 | 1 | UNI | ESCARIADOR 2.7 MM | CÃOMEDICA | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 67 | 1 | UNI | ESCARIADOR 3.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 100,00 | R\$ 100,00 |
| 68 | 1 | UNI | FURADEIRA CANULADA AUTOCLAVAVEL | CÃOMEDICA | R\$ 790,00 | R\$ 790,00 |
| 69 | 1 | PAR | MODELADOR DE PLACA MANUAL (LONGO) PARA SISTEMA 2.7/3.5 | CÃOMEDICA | R\$ 2.500,00 | R\$ 2.500,00 |
| 70 | 1 | UNI | BROCA ESFÉRICA 2.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 90,00 | R\$ 90,00 |
| 71 | 1 | UNI | BROCA ESFÉRICA 3.0 MM | CÃOMEDICA | R\$ 90,00 | R\$ 90,00 |
| 72 | 1 | UNI | BROCA ESFÉRICA 3.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 90,00 | R\$ 90,00 |
| 73 | 1 | UNI | PUSH PULL 3.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 130,00 | R\$ 130,00 |
| 74 | 2 | UNI | PINÇA AUTO CENTRANTE 13 CM | CÃOMEDICA | R\$ 250,00 | R\$ 500,00 |
| 75 | 2 | UNI | PINÇA AUTO CENTRANTE 16 CM | CÃOMEDICA | R\$ 280,00 | R\$ 560,00 |
| 76 | 1 | UNI | PUSH PULL 1.5 MM | CÃOMEDICA | R\$ 130,00 | R\$ 130,00 |
| 77 | 1 | UNI | PUSH PULL 2.0 MM | CÃOMEDICA | R\$ 130,00 | R\$ 130,00 |
| 78 | 1 | UNI | PUSH PULL 2.7 MM | CÃOMEDICA | R\$ 130,00 | R\$ 130,00 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 15.361,24

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO CRA Nº 019/2018 - ORÇAMENTO Nº 043/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL - RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 522 - BARRA VELHA - CEP 11.630-000.

PRAZO DE ENTREGA: ATÉ 15 DIAS UTEIS.


José Denyson da Silva
 RG 47.801.196-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Itabela
 20.03.18


Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Itabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017
 19/03/2018



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 00428.827174 84897.660001 1 75200000046980 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | PROMEDICAL SOLUCOES EM SAUDE |
| Nome/Razão Social: | PROMEDICAL SOLUCOES EM SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 10.829.779/0001-06 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | PROMEDICAL SOLUCOES EM SAUDE |
| CPF/CNPJ: | 10.829.779/0001-06 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 10/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 10/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 469,80 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

10/05/2018

InTe.r.net:::B:anki.ng...CAIXA

Página 1010 de 1264

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 469,80 |
| Valor Pago (R\$): | 469,80 |
| Identificação do Pagamento: | PROMEDICAL NF 54542 |

Data/hora da operação: 10/05/2018 12:02:59

Código da operação: 30412443
Chave de segurança: Z3W9PVAFLP56NJYE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

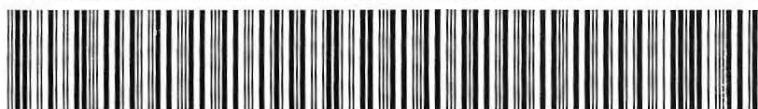
INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



| | | |
|---|-----------------------------|--------------------|
| Beneficiário PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA (C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06) RUA CHRISTOVAM MOLINARI, 74 CEP: 36035-125 MORRO DA GLORIA, JUIZ DE FORA, MG C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06 | Vencimento | Valor do Documento |
| | 10/05/2018 | 469,80 |
| | | |
| Instruções(texto de responsabilidade do beneficiário) Após o Vencimento, cobrar multa de 2%, e juros de R\$ 1,57 por dia de atraso. Protestar após 5 dias úteis. Sr. Cliente, Não utilize DOC, TED, transferência ou depósito bancário como formas de pagamento, pois nosso sistema não identifica esses formatos como liquidação do título. | Data de emissão | |
| | 10/05/2018 | |
| | Agência/Código Beneficiário | |
| | Nosso Número | 109/00004288-2 |

| | |
|---|--|
| Itaú Banco Itaú SA 341-7 34191.09008 00428.827174 84897.660001.1 75200000046980 | |
| Local de Pagamento | Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. Após o Vencimento pague somente no Banco Itaú. |
| Beneficiário | PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06 |
| Data do Documento | 11/04/2018 |
| Nro.Documento | 1000054542 |
| Espécie Doc. | NF |
| Aceite | N |
| Data do Processamento | 11/04/2018 |
| Uso do Banco | 109 |
| Carteira | 109 |
| Espécie | R\$ |
| Quantidade | |
| Valor | 469,80 |
| Instruções (Todas informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | |
| Após o Vencimento, cobrar multa de 2%, e juros de R\$ 1,57 por dia de atraso. Protestar após 5 dias úteis. Sr. Cliente, Não utilize DOC, TED, transferência ou depósito bancário como formas de pagamento, pois nosso sistema não identifica esses formatos como liquidação do título. | |
| Pagador | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (014690-01) PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86-PEREQUE 11630000 ILHABELA - SP |
| Pagador/Avalista | C.N.P.J.: 50.320.605/0001-38 |
| | Autenticação Mecânica - 109/000042882 Recibo do Pagador |

| | |
|---|--|
| Itaú Banco Itaú SA 341-7 34191.09008 00428.827174 84897.660001.1 75200000046980 | |
| Local de Pagamento | Pagável em qualquer Banco até o Vencimento. Após o Vencimento pague somente no Banco Itaú. |
| Beneficiário | PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - C.N.P.J.: 10.829.779/0001-06 |
| Data do Documento | 11/04/2018 |
| Nro.Documento | 1000054542 |
| Espécie Doc. | NF |
| Aceite | N |
| Data do Processamento | 11/04/2018 |
| Uso do Banco | 109 |
| Carteira | 109 |
| Espécie | R\$ |
| Quantidade | |
| Valor | 469,80 |
| Instruções (Todas informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) | |
| Após o Vencimento, cobrar multa de 2%, e juros de R\$ 1,57 por dia de atraso. Protestar após 5 dias úteis. Sr. Cliente, Não utilize DOC, TED, transferência ou depósito bancário como formas de pagamento, pois nosso sistema não identifica esses formatos como liquidação do título. | |
| Pagador | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA (014690-01) PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86-PEREQUE 11630000 ILHABELA - SP |
| Pagador/Avalista | C.N.P.J.: 50.320.605/0001-38 |
| | Autenticação Mecânica - 109/000042882 Ficha de Compensação |



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação


INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|--|---|
| RECEBEMOS DE PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | NF-e N. 000054542 SÉRIE 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR Página 1012 de 1264 |



Identificação do emitente
PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA
RUA CHRISTOVAM MOLINARI, 74
Complemento: E 76
MORRO DA GLORIA Cep:36035-125
JUIZ DE FORA/MG
Fone: 3233136900

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA 1
1-SAÍDA
N. 000054542
SÉRIE 1
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3118 0410 8297 7900 0106 5500 1000 0545 4210 0291 1299
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada

| | | |
|--|--|----------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131182897138657 11/04/2018 14:34:24-03:00 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 0011740950097 | INSC. ESTADUAL DO SUBST.TRIB. 813015426118 | CNPJ 10.829.779/0001-06 |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------|
| DESTINATARIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | | DATA DE EMISSÃO 11/04/2018 | |
| ENDEREÇO PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO,86 | | | BAIRRO/DISTRITO PEREQUE | | CEP 11630-000 |
| MUNICIPIO ILHABELA | | FONE/FAX 1238966655 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| FATURA 1 000054542 10/05/2018 469,80 | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| CALCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CALCULO DO ICMS 469,80 | VALOR DO ICMS 56,38 | BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 469,80 | |
| 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 469,80 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|-------|-----------|---------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------|------------------------------|----|--------------------------------|--|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL CORREIOS - SEDEX | | | | | | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 34.028.316/0001-03 | |
| ENDEREÇO | | | | | | MUNICIPIO JUIZ DE FORA | UF MG | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO | | | |
| QUANTIDADE 1 | ESPECIE FD | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 0,200 | PESO LIQUIDO 0,080 | | | | | | |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|-----|------|----|--------|-----------|--------|---------|-------|-------|--------|-------|--|
| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV | NCM/SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VUNITARIO | VTOTAL | BC.ICMS | VICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI | |
| 02290 | FITA TESTE RIOSCOPE OPA - 40UN - P 13 M 1801464 | 38220090 | 000 | 6103 | UN | 2,00 | 234,9000 | 469,80 | 469,80 | 56,38 | 0,00 | 12,00% | 0,00% | |
| <p><i>Handwritten:</i> Fita + cota Lote 1801464 VIAL 03/20 2/00</p> <p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confirmar mercadoria no ato de entrega; - Se avariação ou defeito, apresentar reclamação imediatamente; - O prazo de validade é de 07 dias; - Ler as instruções para uso; - Verificar a nota fiscal. <p>Em caso de dúvidas ligar para: (32) 3313-6900</p> <p>Secretaria de Saúde</p> <p>Z 20 ABR 2018</p> <p>Almsanifado da Saúde</p> <p>RG: 33-599.302-3</p> | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CALCULO DO ISSQN | | | |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 116690003 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |

| | |
|--|---------------------------|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
| Protocolo: 131182897138657 OC 068-7/18 BB AG 0024-8 CC 130923-4 LOTE 1801464 VALIDAD Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 150.76 (32.09%). Fonte: IBPT.Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 22.55. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 5.64. | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-7/18

FORNECEDOR: PROMEDICAL EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA.

CNPJ: 10.829.779/0001-06.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 0024-8

C/C: 130923-4

VENDEDOR: JULIANA MARTINS.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-------|------------|------------|
| 1 | 2 | PCT | 26563 - TIRA REAGENTE PARA ORTOFTALALDEÍDO tiras de teste de solução ortoftalaldeido 0,55% | | R\$ 234,90 | R\$ 469,80 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 469,80

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.

COTAÇÃO PROMEDICAL Nº 076556.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 04 DIAS UTEIS.

04/04/2018

José Denilson da Silva
 RG 47.407.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 05.04.18

Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG.: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro

Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 303 / 110182-x |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DAVOL COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA |
| CPF/CNPJ: | 56.250.533/0001-86 |
| Valor: | R\$ 440,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DAVOL COMERCIO E REPRES |
| Histórico: | NF 124354 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 10/05/2018 - 09:44:54 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00122492 |
| Chave de segurança: | WTXYAFS4E01TPZRK |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DAVOL COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.RUA ITAQUERI, 170 - ALTO DA MOOCA -
SAO PAULO - SP
Fone: (11)2606-3655 - CEP: 03178-000Página 001 de 1264
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.124.354
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3518 0356 2505 3300 0186 5500 1000 1243 5411 0013 6122

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. 3. P/ DENTRO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135180214411289 29/03/2018 17:20:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL

111595730119

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

56.250.533/0001-86

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

29/03/2018

ENDEREÇO

R PADRE BRONISLAU CHERECK, 015

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

SP

TELEFONE / FAX

(11)3896-5766

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

LOCAL ENTREGA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

ENDEREÇO

RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA 522 - BARRA VELHA - ILHABELA - SP

FATURA

PAGAMENTO À PRAZO

Número: 000124354 - Valor Original: R\$ 440,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 440,00

DUPLICATAS

Número 000124354-1

Vencimento 30/04/2018

Valor R\$ 440,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | V.APROX. TRIBUTOS | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|
| 440,00 | 79,20 | 0,00 | 0,00 | 155,06 (35,24 %) | 420,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 20,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 440,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ / CPF |
|-------------------------|-----------------|-------------|--------------------|------------|--------------------|
| SEDEX | 0 - EMITENTE | | | | 46.071.916/0001-33 |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| RUA JUMANA, 349 - MOOCA | SAO PAULO | SP | 145808745111 | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| 1 | VOLUME | | | | |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. % ICMS | ALIQ. % IPI |
|----------------|--|----------|-----|------|-------|-------|----------------|----------------|-------------|--------------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| 1000256 | BOLSA P/COLETA DE SANGUE SIMPLES C/CPDA TRIB APROX R\$ 75.86 FEDERAL E R\$ 79.20 ESTADUAL FONTE: IBPT 5017EW LOTE: 022 QT: 20 VAL: 30/01/20 FAB: 01/01/18 | 39269090 | 000 | 5102 | PC | 20 | 21,00 | 0,00 | 420,00 | 440,00 | 79,20 | 0,00 | 18,00 | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017****DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PRATELEIRA D03 ORDEM DE COMPRA N. 055/18 CONFORME MEMO CRA N. 020/2018 ORCAMENTO N. 036/18 DADOS PARA
DEPOSITO AGENCIA 0303-4 C/C 110182-X END ENTR: RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 522 - BARRA VELHA - ILHABELA/SP -
CEP: 11630000 / PTO. REF. CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL Pedido do Cliente: OC 055/18

RESERVADO AO FISCO

Rodrigo B. Correa
Diretor de Vigilância Ambiental
Secretaria de Saúde de Ilhabela

Recebemos de DAVOL COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA. os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.124.354
Série 001

Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38

ORDEM DE COMPRA Nº 055/18

FORNECEDOR: DAVOL COMERCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.

CNPJ: 56.250.533/0001-86.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 0303-4

C/C: 110182-X

VENDEDOR: ADA.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-------|-----------|------------|
| 1 | 20 | UNI | BOLSA DE COLETA, TRANSFERÊNCIA DE SANGUE SIMPLES 500 ML CPDA-1, ESTÉRIL E APIROGENICA | DAVOL | R\$ 21,00 | R\$ 420,00 |
| | | | | | FRETE | R\$ 20,00 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 440,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO CRA Nº 020/2018 - ORÇAMENTO Nº 036/18.

COTAÇÃO DAVOL Nº 1469.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: CENTRO DE REFERENCIA ANIMAL - RUA JOAQUIM SAMPAIO DE OLIVEIRA, 522 - BARRA VELHA - CEP 11.630-000.

PRAZO DE ENTREGA: ATÉ 10 DIAS UTEIS.


 José Denilson da Silva
 RG 47.801.756-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 15.03.18

15/03/2018


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09008 00236.041612 80122.130000 3 75210000126990 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | TOALHEIRO GUARANY LTDA |
| Nome/Razão Social: | TOALHEIRO GUARANY LTDA |
| CPF/CNPJ: | 61.208.351/0001-87 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------------|
| Data do Vencimento: | 11/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 11/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.269,90 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.269,90 |
| Valor Pago (R\$): | 1.269,90 |
| Identificação do Pagamento: | TOALHEIROGUARANY NF 31392 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Data/hora da operação: 11/05/2018 11:00:45**Código da operação:** 31151611**Chave de segurança:** SWHPSM0PT24XWY8Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|--|----------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Banco Itaú S.A | | 341-7 | 34191.09008 00236.041612 80122.130000 3 75210000126990 | | | | RECIBO DO PAGADOR | |
| Beneficiário TOALHEIRO GUARANY EIRELI EPP - CNPJ: 61208351000187 - End: RUA PASSAROS E FLORES, 293 - JARDIM DAS ACACIAS - SAO PAULO - SP - CEP: 04704000 | | | Agência/Cód. Beneficiário 1618/01221-3 | | Espécie R\$ | Quantidade | Nosso número 109/00002360-4 | |
| Número do documento 0031392G01 | | CPF/CNPJ 61208351000187 | | Data de vencimento 11/05/2018 | | Valor do documento 1.269,90 | | |
| (-) Desconto/Abatimentos | | (-) Outras deduções | | (+) Mora / Multa | | (+) Outros Acréscimos | | (=) Valor cobrado |
| Instruções Protestar após 10 dias do vencimento Multa de 2% Após vencimento Mora dia R\$ 2,50 | | | | | | | | |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | | | | |

Autenticação mecânica

| | | | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|---|--|
| Banco Itaú S.A | | 341-7 | 34191.09008 00236.041612 80122.130000 3 75210000126990 | | | | |
| Local do pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no Itaú | | | | | | Vencimento 11/05/2018 | |
| Beneficiário TOALHEIRO GUARANY EIRELI EPP - CNPJ: 61208351000187 - End: RUA PASSAROS E FLORES, 293 - JARDIM DAS ACACIAS - SAO PAULO - SP - CEP: 04704000 | | | | | | Agência/Código do Beneficiário 1618/01221-3 | |
| Data do documento 26/04/2018 | Nº documento 0031392G01 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data do processamento 26/04/2018 | Nosso número 109/00002360-4 | | |
| Uso do banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | Valor do documento 1.269,90 | | |
| Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) Protestar após 10 dias do vencimento Multa de 2% Após vencimento Mora dia R\$ 2,50 | | | | | | (-) Desconto / Abatimentos | |
| | | | | | | (-) Outras deduções | |
| | | | | | | (+) Mora / Multa | |
| | | | | | | (+) Outros acréscimos | |
| | | | | | | (=) Valor cobrado | |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50320605000138 RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 ILHABELA/SP - CEP: 11630000 | | | | | | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | |
| | | | | | | Cód. Baixa | |

Autenticação mecânica - Ficha de compensação





RUA PASSAROS E FLORES, 293
 JARDIM DAS ACACIAS - SAO PAULO - SP
 CEP: 04704000
 11 3122-9266 11 3256-7170 11 3258-9266
 www.toalheiroguarany.com.br
 vendas@toalheiroguarany.com.br

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 Nota Fiscal nº **1020 de 1264**
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA **1**
 Nº **31392**
FOLHA: 1 /
SÉRIE: 1



CHAVE DE ACESSO:
 3518.0461.2083.5100.0187.5500.1000.0313.9219.2383.7215

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

| | | |
|--|---|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS NO ESTADO | | NÚMERO PROTOCOLO 135180282349084 26/04/2018 16:26:22 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 149361300118 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ: 61208351000187 |

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ / C/F 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 26/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11630000 | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 26/04/2018 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE / FAX 12 3896-6655 | UF SP | INSCR. ESTADUAL |
| | | | HORA DA SAÍDA 16:24:35 |

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|------------|------------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 0031392G01 | 11/05/2018 | 1.269,90 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--|-------------------------|--|--------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. | | VALOR DO ICMS SUBST. | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 0,00 | | 0,00 | | | | | | 1.240,00 | |
| VALOR DO FRETE | | VALOR DO SEGURO | | DESCONTO | | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | | VALOR TOTAL IPI | |
| 29,90 | | | | | | | | 0,00 | |
| | | | | | | | | VALOR TOTAL DA NOTA | |
| | | | | | | | | 1.269,90 | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------|-----------------|--------|-------------|------------------|--------------------|----------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA | | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | INSCR. CNPJ / CPF Nº |
| NOME / RAZÃO SOCIAL ECT | | I - Dest/Rem | | | | SP | 0000000000000000 |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | UF | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| | | SAO PAULO | | SP | | ISENTO | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NÚMERO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | | |
| 6 | VOLUMES | | | 0,825 | 0,765 | | |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|----------|-----------|------|-------|------------|---------------|-------------|-------------|------------|-----------|-------------------|
| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM | CST CSOSN | CFOP | UNID. | QUANTIDADE | VLR. UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTA ICMS IPI |
| 1401004 | GLO GERM GEL - FRASCO 236ML - Lote. | 38249989 | 0102 | 5102 | UN | 4 | 235,00 | 940,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 0 |
| 1401004 | GLO GERM GEL - FRASCO 236ML - Lote. | 38249989 | 0102 | 5102 | UN | 1 | 220,00 | 220,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 0 |
| 1401001 | LANTERNA ULTRA-VIOLETA - Lote. | 85131010 | 0500 | 5405 | PC | 1 | 80,00 | 80,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 0 |

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 35708603 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

DADOS ADICIONAIS
 EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NOS TERMOS DA LEI COMPLEMENTAR NUM. 123 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006
 PEDIDO: 090/18 A/C. JOSE DENILSON SETOR COMPRAS
 ENTREGA: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO - ILHABELA - SP - CEP: 11630-000
 COBRANÇA: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO - ILHABELA - SP - CEP: 11630-000
 PEDIDO: 0076220 - COD. VEND. 97 Val. Aprox. dos Tributos Federais R\$ 455,00 (36,69%) Val. Aprox. dos Tributos R\$ 455,00 (36,69%)
 Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO
INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017
Mariana
Ricabi 07/05/18.



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 090/18

FORNECEDOR: TOALHEIRO GUARANY EIRELI EPP

CNPJ: 61.208.351/0001-87

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: RAQUEL

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|------|---------------------------------------|-------|------------|------------|
| 1 | 4 | FRS | GLO-GERM GEL FRS DE 236 ML | | R\$ 235,00 | R\$ 940,00 |
| 2 | 1 | KIT | KIT LANTERNA + GLO-GERM FRS DE 236 ML | | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| 1 | 1 | SERV | SEDEX | | R\$ 29,90 | R\$ 29,90 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 1.269,90

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HOSPITAL HMMCJNR (ENFERMAGEM) Nº 201 /18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

ORÇAMENTO Nº 88/2018

LOCAL DE ENT: R. PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 CENTRO (DEPARTAMENTO DE COMPRAS).

PRAZO DE ENTREGA: 04 DIAS

26/04/2018

[Handwritten Signature]
 José Denilson da Silva
 RG 47.601.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 26.04.18.

[Handwritten Signature]
 Gustavo Barbom de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

[Handwritten Signature]
 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 1744 / 107048-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | BIOCOMPANY COMERCIO E SERVICOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 64.084.858/0001-64 |
| Valor: | R\$ 1.740,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 05 - Pagamento de Fornecedores |
| Identificação da operação: | BIOCOMPANY |
| Histórico: | NF 032702 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 11:09:14 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00137256 |
| Chave de segurança: | K0KYHUVRN6EX0L7Q |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

RECEBEMOS DE BIOCOMPANY COMERCIO E SERVIÇOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADC

Página 1023 de 1264

NF-e
Nº 000.032.702
SÉRIE : 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Biocompany

Produtos hospitalares para a vida.

**BIOCOMPANY COMERCIO E
SERVICOS LTDA**

AV JOAO PEDRO CARDOSO, 225, CONJ 11
CEP: 04355000 PQ JABAQUARA Sao Paulo SP
PABX: +55 11 5033 - 5700 / 11 5034 - 1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída 1

Nº 000.032.702
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

3518 0464 0848 5800 0164 5500 1000 0327 0210 0017 7400

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180245822578 - 2018-04-12T12:00:53-0.

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112853360112

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ
64.084.858/0001-64

DESTINATÁRIO/REMETENTE

| | | | |
|---|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 12/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,, 15 | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11.630-000 |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX 1238969200 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | HORA DE SAÍDA |

FATURA/DUPLICATA

| Número | Data Vcto. | Valor |
|---------|------------|----------|
| 32702/1 | 12/05/2018 | 1.740,00 |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.740,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS 374,10 | VALOR TOTAL DA NOTA 1.740,00 |

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL A RETIRAR | FRETE POR CONTA 0-Emitente | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 64.084.858/0001-64 |
| ENDEREÇO AVENIDA JOAO PEDRO CARDOSO, 225 | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| QUANTIDADE 1 | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO 0 | PESO BRUTO 1,000 | PESO LIQUIDO 1,000 |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS IPI | VALOR TOTAL IMPOSTOS |
|------------|--|----------|-----|------|-------|---------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|--------------------|----------------------|
| K2RA201 | CATETER DUPLO LUMEN RETO 11,5FRX20CM . LOTE 31281A QNT(20.000000) VAL.20/3/2023; RA: 10196320059 | 90183929 | 040 | 5102 | UN | 20,0000 | 87,0000 | 1.740,00 | | | 0,00 | 0,00 | 374,10 |

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: VENDASI

CATETER duplo lumen
Lote - 31281A
VAL. 03/23
20 UNIDADES

Assuel Cordeiro de Almeida
RG: 33.599.302-3
Almoxarife da Saúde

Secretaria de Saúde
23 ABR 2018
Almoxarife da Saúde
RECEBIDO

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Duplicata Num.: 32702/1, Venc.: 12/05/2018, Valor: 1.740,00
ordem de compra 075-1/18
ISENTO DE ICMS CONFORME CONVENIO 01/99
PRORROGADO PELO CONVENIO 27/2016 ATE 30/04/2017
Entrega: RUA PREFEITO MARIANO PROCOPIO DE AR, 86 - Bairro: PEREQUE - CE
P: 11630000
Cidade/UF: Ilhabela/SP

RESERVADO AO FISCO



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 075-1/18

FORNECEDOR: BIOCOPANY COMERCIO E SERVIÇOS LTDA.

CNPJ: 64.084.858/0001-64.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 1817-1

C/C: 7048-3

VENDEDOR: SIDNEIA SOARES DASSI.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-----------|-----------|--------------|
| 1 | 20 | KIT | KIT CATETER PARA SUBCLÁVIA DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE, TAMANHO 11,5FR X 20CM. KIT CONTENDO: 01 CATETER DE POLIURETANO 11,5FR X 20CM PARA HEMODIÁLISE, 01 FIO-GUIA 035" X 70CM COM AVANÇADOR ONESTEP ADVANCER, 01 AGULHA 18 GA X 7 CM PARA INTRODUÇÃO DE FIO GUIA 026" Á 038", 2 TAMPAS LATEX FREE PARA INJEÇÃO COM ROSCA LUER E 01 DILATADOR DE VASO. | BIOCOPANY | R\$ 87,00 | R\$ 1.740,00 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 1.740,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 34/2018 - ORÇAMENTO Nº 075/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.


 José Denilson da Silva
 RG 47.301.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 10.04.18

10/04/2018


 Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 0797 / 003 / 00001667-4 |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Nome destinatário: | JOSE CARLOS DE SOUZA PROD FARMAC |
| Valor: | R\$ 322,00 |
| Identificação da operação: | JOSE CARLOS DE SOUZA FARM |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 21/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 10:10:18 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00420255 |
| Chave de segurança: | YP21FZWP65TX46JC |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

RECEBEMOS DE JOSE CARLOS DE SOUZA - PROD FARMAC - ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
NDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 13/04/2018 VALOR TOTAL: R\$ 322,00 DESTINATÁRIO: CASA DE MISERICORDIA - RUA PADRE
BRONISILAU CHERECK, 015 GERAL ILHABELA-SP

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº. 000.001.819
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

JOSE CARLOS DE SOUZA - PROD FARMAC - ME
AV MARGINAL DIRETA, 060
POIARES - 11673-100
CARAGUATATUBA - SP Fone/Fax: 1238882702

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.001.819
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0414 7796 8700 0110 5500 1000 0018 1910 0001 8196

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 NF-E

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135180249421223 - 13/04/2018 13:51:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL

254074139114

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

14.779.687/0001-10

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ILHABELA SANTA CASA DE MISERICORDIA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

13/04/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISILAU CHERECK, 015

BAIRRO / DISTRITO

GERAL

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

13/04/2018

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

FONE / FAX

0038965766

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

00:00:00

FATURA / DUPLICATA

Num. 1819/01
Venc. 01/05/2018
Valor R\$ 322,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | VALOR DO FCP | VALOR DO PIS | V. TOTAL PRODUTOS |
|-----------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 322,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOT. TRIB. | VALOR DA COFINS | V. TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 322,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CSOSN | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|----------------|---------------------------------|----------|---------|------|----|--------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| 110481 | INALADOR PULMO MAIS NEBULIZADOR | 90192020 | 0500 | 5403 | UN | 2,0000 | 161,0000 | 322,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | |

Fernanda Garcez
Supervisora Atendimento ao PSF
RG: 22.799.491-7

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: Trib Ap: FED 45,11, EST 38,64, F:IBPT F3W1D7 Lei 12741/12. Trib Ap: FED 23,83, EST 21,26, F:IBPT S3A6R4 Lei 12741/12. 1) EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL CONFORME LEI 123/2006 2) AF N: 078/18 3) EMPENHO N: 4) DADOS BANCARIOS PARA PAGAMENTO CAIXA ECONOMICA FEDERAL AG: 0797 C/C 001667-4

RESERVADO AO FISCO

Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP

CEP 11630-000 - Fone 3896-5766

Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38

ORDEM DE COMPRA Nº 078/18

FORNECEDOR: JOSE CARLOS DE SOUZA PRODUTOS FARACÊUTICOS - ME

CNPJ: 14.779.687/0001-10

BANCO: 104-CAIXA ECON. FEDERAL

AGENCIA: 0797

C/C: 1667-4

VENDEDOR: SILVANO

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|-----------------------------|-----------|------------|------------|
| 1 | 2 | UNI | APARELHO DE INALAÇÃO BIVOLT | SONICLEAR | R\$ 161,00 | R\$ 322,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 322,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO UBS ITAQUANDUBA/COORDENAÇÃO PSF Nº 384/18 - ORÇAMENTO Nº 078/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 10 DIAS.

11/04/2018


José Denilson da Silva
RG 47.801.156-8
Supervisor de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
11/04/18


Rafael Carlos Silva de Oliveira
RG: 41.943.453-7
Encarregado de Controle Financeiro


Gustavo Barboni de Freitas
Interventor
Decreto Municipal 6.612/2017
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.12978 55616.171249 80188.790002 2 75100000227000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | BANCO SAFRA S.A |
| Nome/Razão Social: | BANCO SAFRA S.A |
| CPF/CNPJ: | 58.160.789/0001-28 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | BANCO SAFRA S.A |
| CPF/CNPJ: | 58.160.789/0001-28 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA MISER ILABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 30/04/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Bolet: | 2.270,00 |
| Juros (R\$): | 22,70 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 2.292,70 |
| Valor Pago (R\$): | 2.292,70 |
| Identificação do Pagamento: | QUIBASA QUIMICA |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 17:26:29 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22759364 |
| Chave de segurança: | 5ML3HQQ6Z3854P8E |

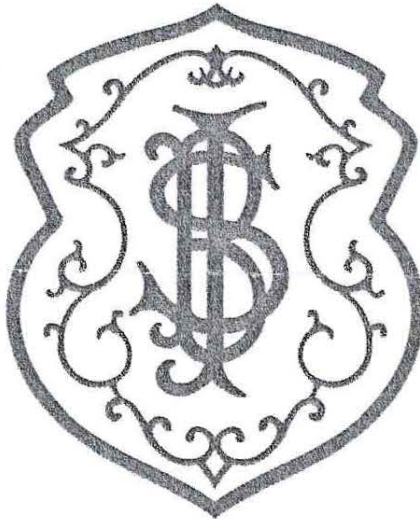
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

NUMERO DO DOCUMENTO: 00058849-2
 FORNECEDOR: QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA
 END: R TELES DE MENEZES 92

CNPJ/CPF: 19.400.787/0001-07
 BELO HORIZONTE 31565130 MG



'112/97556161-7'

Itaú Itaú Unibanco S.A.

[341-7]

Recibo do Sacado

| | | | | | |
|--|-----------------|--------------|------------|------------------------|---|
| BENEFIC - BANCO SAFRA S.A | | | | Agência/Código Cedente | Vencimento |
| | | | | 1248/01887-9 | 30/04/2018 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso número |
| 01/03/18 | 528618333 | DMI | N | 02/03/18 | 112/97556161-7 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | {=} Valor do Documento |
| | 112 | R\$ | | | 2.270,00 |
| Instruções (Todas informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 11,35 AO DIA COBRANCA ESCRITURAL. | | | | | (-) Desconto/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | {=} Valor Cobrado |
| PAGADOR - SANTA CASA MISER ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630-000 CENTRO ILHABELA SP | | | | '02/03/18' | Autenticação mecânica 0230000205402900058849-2 |

QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA CNPJ/CPF- 19400787000107

Itaú Itaú Unibanco S.A.

[341-7]

34191 12978 55616 171249 80188 790002 2 75100000227000

| | | | | | |
|--|-----------------|--------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO APOS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAU | | | | Agência/Código Cedente | Vencimento |
| | | | | 1248/01887-9 | 30/04/2018 |
| BENEFIC - BANCO SAFRA S.A | | | | Agência/Código Cedente | |
| | | | | 1248/01887-9 | |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Doc. | Aceite | Data do Processamento | Nosso número |
| 01/03/18 | 528618333 | DMI | N | 02/03/18 | 112/97556161-7 |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | {=} Valor do Documento |
| | 112 | R\$ | | | 2.270,00 |
| Instruções (Todas informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 11,35 AO DIA COBRANCA ESCRITURAL. | | | | | (-) Desconto/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | {=} Valor Cobrado |
| APOS VCTO ACESSE WWW.ITAU.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR SEU BOLETO PAGADOR - SANTA CASA MISER ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630-000 CENTRO ILHABELA SP | | | | CNPJ/CPF- 50320605000138 | 0230000205402900058849-2 |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

Sacador/Avalista: QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA CNPJ/CPF- 19400787000107

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO





Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.37807 98117.000012 14000.028309 7 75350000602366 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Código do ISPB: | 60746948 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI |
| Nome/Razão Social: | BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI |
| CPF/CNPJ: | 10.742.412/0004-01 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MIS DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | | |
|--|------------|--|
| Data do Vencimento: | 25/05/2018 | |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 25/05/2018 | |
| Valor Nominal do Boleto: | 6.023,66 | |
| Juros (R\$): | 0,00 | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
| IOF (R\$): | 0,00 | |
| Multa (R\$): | 0,00 | |
| Desconto (R\$): | 0,00 | |
| Abatimento (R\$): | 0,00 | |

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Valor Calculado (R\$): | 6.023,66 |
| Valor Pago (R\$): | 6.023,66 |
| Identificação do Pagamento: | BRACCO IMAGING |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 25/05/2018 15:09:36 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 45349559 |
| Chave de segurança: | 12KNNV9PWKZWV5H3 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

0020511



237-2 23793.37807 98117.000012 14000.028309 7 75350000602366

Local de Pagamento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário
BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Data do Documento 25/04/2018 | Número do Documento 0002138301 | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 27/04/2018 |
| Uso do Banco 00001 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade X |
| Valor | | | | |

Bradesco Net Empresa Celular

Baixe o aplicativo e realize consultas, transações e aprovações de pagamentos.

Cadastre-se em banco.bradesco/netempresa



Instruções de responsabilidade do Beneficiário.

**** VALORES EXPRESSOS EM REAIS ******
JUROS POR DIA DE ATRASO.....8,03
APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO



| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 25/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/81/170000114-9 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.023,66 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

Recebimento através do cheque nº _____ do banco _____

Quitação válida somente após liquidação do cheque.

Pagador **SANTA CASA DE MIS DE AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154 11630-000 ILHABELA** **050320605/0002-19 SP**

Sacador / Avalista: _____ Autenticação **Recibo do Pagador**



237-2 23793.37807 98117.000012 14000.028309 7 75350000602366

Local de Pagamento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO

Beneficiário
BRACCO IMAGING DO BRASIL IMPORTACAO E DI 010742412/0004-01 03378-AG.EMP.B.DA TIJUCA

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Data do Documento 25/04/2018 | Número do Documento 0002138301 | Espécie Documento DM | Aceite SEM | Data do Processamento 27/04/2018 |
| Uso do Banco 00001 | Cip 000 | Carteira 009 | Espécie Moeda R\$ | Quantidade X |
| Valor | | | | |

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| Vencimento | 25/05/2018 |
| Agência / Código Beneficiário | 03378-2/0000283-6 |
| Nosso Número | 009/81/170000114-9 |
| 1 (=) Valor do Documento | 6.023,66 |
| 2 (-) Desconto / Abatimento | |
| 3 (-) Outras Deduções | |
| 4 (+) Mora / Multa | |
| 5 (+) Outros Acréscimos | |
| 6 (=) Valor Cobrado | |

**** VALORES EXPRESSOS EM REAIS ******
JUROS POR DIA DE ATRASO.....8,03
APOS O VENCIMENTO TITULO IRA PARA CARTORIO





Pagador **SANTA CASA DE MIS DE AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITA 154 11630-000 ILHABELA** **050320605/0002-19 SP**

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Sacador / Avalista: _____ Autenticação **CBPP01** **Ficha de Compensação**



| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-----|---|-------|--|----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|----------------|-----|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  BRACCO IMAGING BRASIL IMP DIS MED LTDA ROD WASHINGTON LUIS, 2400, PARTE PARQUE ECOLOGICO, 25085-009 DUQUE DE CAXIAS, RJ 0800-710-2100 LIFE FROM INSIDE | | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0- ENTRADA 1 1- SAÍDA N°000021383 SÉRIE 3 FOLHA 1/1 | |  CHAVE DE ACESSO 3318 0410 7424 1200 0401 5500 3000 0213 8316 8827 0655 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. contribuinte / | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 333180055341720 25/04/2018 14:36:10-03:00 | | | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 86331837 | | INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 819013230111 | | CNPJ 10.742.412/0004-01 | | | | | | | | | |
| DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MIS DE ILHA BELA | | | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS, 154 | | | | DATA DA EMISSÃO 25/04/2018 | | | | | | | | | |
| BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | | CEP 11630-000 | | DATA ENTRADA/SAÍDA | | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO ILHABELA | | FONE/FAX (12) 3896-1710 | | UF SP | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | HORA DE SAÍDA | | | | | | | | | | | |
| FATURA/DUPLICATA Dup: NF 21383-3 - PARC 1, Venc: 25/05/2018, Vl: 6.023,66 Dup: NF 21383-3 - PARC 2, Venc: 24/06/2018, Vl: 6.023,66 Dup: NF 21383-3 - PARC 3, Venc: 24/07/2018, Vl: 6.206,18 | | | | | | | | | | | | | |
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 18.253,50 | | VALOR DO ICMS 2.190,42 | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 18.253,50 | | | | | | | | | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | | VALOR DO SEGURO 0,00 | | VALOR TOTAL DA NOTA 18.253,50 | | | | | | | | | |
| DESCONTO 0,00 | | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | | VALOR TOTAL DO I.P.I. 0,00 | | | | | | | | | |
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | | | | | | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL AGIFLEX TRANSPORTES DE CARGAS LTDA | | | | FRETE POR CONTA 0-Emitente | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO RUA NOSSA SENHORA DAS GRACAS | | | | CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF CNPJ/CPF 10.520.551/0001-30 | | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO SAO JOAO DE MERITI | | | | UF INSCRIÇÃO ESTADUAL RJ 78655747 | | | | | | | | | |
| QUANTIDADE 3 | | ESPÉCIE MARCA | | NÚMERO PESO BRUTO 95,130 | | | | | | | | | |
| PESO LÍQUIDO 90,600 | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | |
| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC.ICMS | VALOR ICMS | VALOR I.P.I. | ALÍQUOTAS ICMS | IPI |
| 700981 | EPAMERON 300 10 ETL X 150 ML BR | 30063013 | 600 | 6108 | NR | 15,2000 | 1216,9000 | 18253,50 | 18253,50 | 2190,42 | | 12,00 | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | | | | | | | | | |
| CÁLCULO DO ISSQN | | | | | | INSCRIÇÃO MUNICIPAL 7712854 | | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | | VALOR DO ISSQN | |
| DADOS ADICIONAIS | | | | | | INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CALL CENTER (0800)710-2100; LOGISTICA (21)2772-1919; FINANCEIRO (21)3993-2603; CREDITO PRESUMIDO - LEI N.10147 DE 2000 - PRODUTO LISTA POSITIVA PARA O(S) SEGUINTE(S) ITEM(S): 700981. ORDEM DE VENDA: 1220007589. ICMS DIFAL - REPART. CONF. EC 87/15 E CONV. 93/15 - ALÍQUOTA INTERNA DEST 18,00%; BC ICMS R\$18.253,50; VLR DIFAL ICMS R\$1.095,21; PARTILHA 80.00% UF DESTINO R\$876,17; PARTI LHA 20.00% UF ORIGEM R\$219,04; MAT. 700981, LOTE CP8552A, QTD 15, VALIDADE 31.12.2020; | | | | | | | |
| | | | | | | RESERVADO AO FISCO | | | | | | | |



A LIFE FROM INSIDE

CERTIFICADO DE ANÁLISE

CA: 009/18

| | |
|--|----------------------|
| PRODUTO / APRESENTAÇÃO: IOPAMIRON 300 (10 X 100mL) | Nº LOTE: CP8552A |
| FABRICANTE / PAÍS: Patheon Itália | DOC. REF.: EP 001/03 |
| FABRICAÇÃO: 01/2018 | VALIDADE: 12/2020 |
| | INVOICE: 1802300190 |

RESULTADOS

| DESCRIÇÃO DO TESTE | CRITÉRIO DE ACEITAÇÃO | RESULTADOS | UNIDADE |
|-------------------------------|---|-------------|-----------|
| Aparência | Solução clara, sem partículas visíveis. | Conforme | - |
| Cor (AU a 450nm, 4cm cell) | ≤ 0,040 | 0,005 | AU |
| pH (25°C) | 6,8 – 7,2 | 6,9 | pH |
| Volume Extraível | 100 – 110 | 104 | % |
| Material Particulado ≥ 10µm | ≤ 6000 | 45 | Nº/Frasco |
| Material Particulado ≥ 25µm | ≤ 600 | 11 | Nº/Frasco |
| Iodo Livre | Ausente | Ausente | - |
| Iodeto inorgânico | ≤ 1,5 | 0,1 | mg/100mL |
| Metais pesados | ≤ 20 | < 20 | ppm |
| Aminas aromáticas livres | ≤ 0,05 | 0,01 | % |
| Identificação Iopamidol | Corresponde | Corresponde | - |
| Identificação Trometamol | Corresponde | Corresponde | - |
| Identificação EDTA | Corresponde | Corresponde | - |
| Conteúdo de Iopamidol | 581,8 – 643,0 (Correspondente à 95-105%) | 597,6 | mg/mL |
| Conteúdo de Trometamol | 0,9 - 1,1 (Correspondente à 90-110%) | 1,0 | mg/mL |
| Conteúdo de EDTA | 0,297 – 0,363 (Correspondente à 90-110%) | 0,347 | mg/mL |
| Esterilidade | Deve passar no teste | Estéril | - |
| Endotoxinas Bacterianas (LAL) | < 0,7 | < 0,2 | IU/mL |

Status: APROVADO

| | | |
|-----------------|----------------------|------------------------|
| Nome: | Função: | Assinatura / Data |
| Fabiana Arouche | Gerente da Qualidade | <i>Fauy</i> 25/04/2018 |

Bracco Imaging do Brasil

Rodovia Washington Luiz, 2400 – Parque Ecológico – Duque de Caxias - RJ - CEP:25085-009
 Rio de Janeiro – Duque de Caxias: PABX +55 21 2772-1919. – Barra da Tijuca: PABX. +55 21 3993 2603
 São Paulo: PABX. +55 11 2181 2100 / 0800 710 2100 SAC: 0800 710 2100
 www.braccoimaging.com

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Bracco Group



CERTIFICADO DE LIBERAÇÃO DO LOTE

A Bracco Imaging do Brasil Importadora e Distribuidora de Medicamento Ltda, CNPJ 10.742.421/0004-01, AFE 1.08037-9, certifica que os resultados do controle de qualidade do lote do medicamento abaixo discriminado atende a todos os parâmetros físico-químicos e microbiológicos conforme registro na ANVISA.

Nome: IOPAMIRON 300

Apresentação: 612 MG/ML SOL INJ CT 10 FA VD INC X 100 ML

Número do Registro: 1.8037.0001.002-6

Lote: CP8552A

Data de Fabricação: 01/2018

Data de Validade: 12/2020

Certificado de Análise: 009/18

Farmacêutico Responsável – CRF – RJ 14.936

Data: 25/04/18

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Bracco Imaging do Brasil

Rodovia Washington Luiz, 2400 – Parque Ecológico – Duque de Caxias - RJ - CEP:25085-009
Rio de Janeiro – Duque de Caxias: PABX +55 21 2772-1919. – Barra da Tijuca: PABX. +55 21 3993 2603
São Paulo: PABX. +55 11 2181 2100 / 0800 710 2100 SAC: 0800 710 2100
www.braccoimaging.com

GRUPO:

MATERIAIS REEMBOLSÁVEIS – MATERIAIS E MEDICAMENTOS

SUBGRUPO:

FIOS/ MATERIAIS CIRÚRGICOS

MAIO / 2018



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.187153 1 75110000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 01/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1871 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 11:57:21 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22290598 |
| Chave de segurança: | G5YYWR009LC1UAHG |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

CAIXA

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

Reclamações e Sugestões

DISQUE CAIXA

0800 726 0101

OUVIDORIA

0800 725 7474

www.caixa.gov.br

| | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|------------|-----------------------|--|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 24/04/2018 | 1871 | DM | RG | 24/04/2018 | 21014110000001871-8 |
| Pagador | | | | | CPF/CNPJ |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | 50.320.605/0002-19 |
| Endereço do Pagador | | | | | UF |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | | SP |
| Pagador/Avalista | | | | | CEP |
| | | | | | 11630-000 |
| CPF/CNPJ | | | | | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 01/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |

CAIXA

104-0

10496.20246 70014.211018 00000.187153 1 75110000114000

| | | | | | |
|---|-----------------|---------|------------|-----------------------|--------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 01/05/2018 |
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 24/04/2018 | 1871 | DM | N | 24/04/2018 | 21014110000001871-8 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: | | | | | 50.320.605/0002-19 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | SP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | | 11630-000 |
| SACADOR/AVALISTA: | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**Ficha de Compensação
Autenticação no verso

| | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | Nº 000001871 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 24/04/2018 | SÉRIE 0 |

| | | |
|---|--|---|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída 1 | |
| Nº 000001871 SÉRIE 0 Página 1 de 1 | | |

| | |
|---|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180275398019 24/04/2018 16:30:13-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 3518041120185400015255000000018711143622461 | |

| | | | |
|---|----------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 24/04/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | HORA DE SAÍDA | |

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 1871-1 | 01/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 |

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

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4.5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 017816 Val.: 06/10/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

| | |
|--|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: MARCIO DE SOUZA MORAES - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 23/04/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO <h2 style="text-align: center;">INTERVENÇÃO</h2> <h3 style="text-align: center;">DECRETO 6353/2017</h3> |
|--|---|



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.187237 7 75120000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 02/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1872 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 11:59:30 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22293174 |
| Chave de segurança: | 2TL8WW69T0UZ7WXM |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | UF SP | CEP 01210901 |
| Data do Documento 25/04/2018 | Nº do Documento 1872 | Espécie Documento DM | Carteira RG | Data do Processamento 25/04/2018 | Nosso Número 21014110000001872-6 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | CPF/CNPJ 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | UF SP | CEP 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento 02/05/2018 | Valor do Documento R\$ 1.140,00 | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.187237 7 75120000114000

| | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|-------------|-------------------------------------|--|
| Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | Vencimento 02/05/2018 |
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 |
| Data do Documento 25/04/2018 | Nº do Documento 1872 | Espécie DM | Aceite N | Data de Processamento 25/04/2018 | Nosso Número 21014110000001872-6 |
| Uso do Banco | Carteira RG | Moeda R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



| | | | |
|--|---------------------|---|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e Nº 000001872 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 25/04/2018 |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180279181774 25/04/2018 17:08:24-03:00 | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 11.201.854/0001-52 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180411201854000152550000000018721353610149 |

| | | | | | |
|--|-----------|---|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 25/04/2018 |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAIX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | HORA DE SAÍDA |

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 1872-1 | 02/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------------------|--|----------------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DE ICMS | | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| | | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | | 1.140,00 | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | |

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

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4.5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 018483 Val.: 06/12/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

| | |
|--|--|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: LARA PASSOS RAYANORI MEURER - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 25/04/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 </div> |
|--|--|

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.187310 8 75120000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 02/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1873 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 12:00:58 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22294984 |
| Chave de segurança: | MX1F7RMMYGN482KN |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

CAIXA

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

Reclamações e Sugestões

DISQUE CAIXA 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

| | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|----------|-----------------------|---------------------------|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 25/04/2018 | 1873 | DM | RG | 25/04/2018 | 2101411000001873-4 |
| Pagador | | | | | CPF/CNPJ |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | 50.320.605/0002-19 |
| Endereço do Pagador | | | | | UF |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | | SP |
| | | | | | CEP |
| | | | | | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | | CPF/CNPJ |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:
 NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSO BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|------------|--------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 02/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |

CAIXA

104-0

10496.20246 70014.211018 00000.187310 8 75120000114000

| | | | | | |
|--|-----------------|---------|------------|-----------------------|--------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 02/05/2018 |
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 25/04/2018 | 1873 | DM | N | 25/04/2018 | 2101411000001873-4 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE | | | | | (-) Desconto |
| NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: | | | | | 50.320.605/0002-19 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | SP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | | 11630-000 |
| SACADOR/AVALISTA: | | | | | |

Ficha de Compensação
 Autenticação no verso



| | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e Nº 000001873 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | DATA DA EMISSÃO 25/04/2018 | |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | | |

| | | |
|---|---|---|
|  J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | 1 |
| Nº 000001873 SÉRIE 0 Página 1 de 1 | | |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180279180620 25/04/2018 17:08:09-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO |
| CNPJ 11.201.854/0001-52 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180411201854000152550000000018731332476220 |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 25/04/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CEP 11630-000 | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | UF SP | HORA DE SAÍDA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

| FATURA | | | FATURA | | | FATURA | | |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
| 1873-1 | 02/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|----------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | 0,00 | VALOR DO ICMS | 0,00 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00 | DESCONTO | 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR DO IPI | 0,00 |
| | | | | | | | | VALOR TOTAL DA NOTA | 1.140,00 |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 017821 Val.: 06/10/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

| | |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: MARIA REGINA DOS SANTOS SOUZA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 25/04/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO <h2 style="text-align: center;">INTERVENÇÃO</h2> <h3 style="text-align: center;">DECRETO 6353/2017</h3> |
|---|---|

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 2513 / 6953-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CREPMED COM PRODUTOS MEDICOS LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 38.947.370/0001-03 |
| Valor: | R\$ 710,81 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CREPMED |
| Histórico: | NFS 10902, 10903, 10904, 10905, 10906, 10907 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 03/05/2018 - 15:11:23 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00187420 |
| Chave de segurança: | EQSYY3FXPZZ98CES |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

174,35

SÉRIE 1



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1
 1 - SAÍDA 1

Nº. 10902

SÉRIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0338 9473 7000 0103 5500 1000 0109 0218 9556 5286

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 FATURADA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135180208667113 28/03/2018 08:20:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

28/03/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

28/03/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAIDA

FATURA / DUPLICATA

10902 / 1 30/04/2018

174,35

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 174,35 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACES. | VALOR DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 174,35 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ / CPF |
| | Emitente | | | | |
| ENDEREÇO | MUNICIPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
| | | | | | |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 0702030430 | PLACA 1/3 DE TUBO 3,5MM (INCLUI PARAFUSOS) Nº REGISTRO ANVISA:10209780027 LOTE: 902316 PARAFUSO CORTICAL LOTE: 3/14 441217 2/16 6236 1/20 3245 1/22 16117 - Trib aprox R\$: 6,16 Federal, R\$: 26,20 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 146,64 | 146,64 | | | | | |
| 0702030724 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780032 LOTE: 256415 - Trib aprox R\$: 1,16 Federal, R\$: 4,99 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 27,71 | 27,71 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2945 de 19/01/1999.
 PACIENTE:JAQUELINE SILVA FAZ
 DATA CIRURGIA:12/02/2018
 MÉDICO: DR. RONALD MAIER CRM:174735
 CONVÊNIO:SUS
 Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 7,32 Federal, R\$: 31,39 Estadual
 FONTE ISPT

RESERVADO AO FISCO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

146,64



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº. 10903

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0338 9473 7000 0103 5500 1000 0109 0310 5893 1641

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

135180208674003 28/03/2018 08:22:50

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

28/03/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

28/03/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

10903 / 1 30/04/2018 146,64

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

146,64

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

146,64

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 702030630 | PLACA 1/3 DE TURO 3,5MM (INCLUI PARAFUSOS) Nº REGISTRO ANVISA:10209780037 LOTE: 145017 PARAFUSO CORTICAL LOTE: 1/14 441217 4/16 6987 1/20 3245 - Trib aprox R\$: 6,16 Federal, R\$: 26,40 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 146,64 | 146,64 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41862 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 01/03/99 e decreto nº 2995 de 19/01/1999.
 PACIENTE:ANTONIO ALAIDE ALVES
 DATA CIRURGIA:21/03/2018
 MÉDICO: DR.FONALD MAIER CRM:174735
 CONVÊNIO:SUS
 Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 6,16 Federal, R\$: 26,40 Estadual
 FONTE IBPT

RESERVADO AO FISCO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

183,81

SÉRIE 1



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0- ENTRADA
 1- SAÍDA

1

Nº. 10904

SÉRIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0338 9473 7000 0103 5500 1000 0109 0410 9873 8971

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

135180208679692 28/03/2018 08:24:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

28/03/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

28/03/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAIDA

FATURA / DUPLICATA

10904 / 1 30/04/2018

183,81

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CALCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

183,81

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

183,81

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 3702030699 | PLACA COMPRESSÃO DINAMICA 3.5MM (INCLUI PARAFUSOS) N° REGISTRO ANVISA:10209780017 LOTE; 0920 PARAFUSO CORTICAL LOTE: 6/18 2863 - Trib aprox R\$: 7,72 Federal. R\$: 33,09 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 183,81 | 183,81 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 13/06/87. Art.1 - Convênio ICMS 47/37. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 01/03/98 e decreto nº 2885 de 13/03/1989.
 PACIENTE: JESAN CARLO DE OLIVEIRA JR.
 DATA CIRURGIA: 22/03/2018
 MÉDICO: DR. DANIEL T. SAKANE CRM: 128105
 CONVÊNIO: SUS
 Icabate: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 7,72 Federal, R\$: 33,09 Estadual FONTE
 TBPT

RESERVADO AO FISCO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

81,89

SÉRIE 1



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
 1-SAÍDA

1

Nº. 10905

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0338 9473 7000 0103 5500 1000 0109 0517 0554 6218

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

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135180208689064 28/03/2018 08:27:51

NATUREZA DA OPERACAO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

645152923110

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

28/03/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAÍ

28/03/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

10905 / 1 30/04/2018

81,89

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

81,89

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

81,89

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 3702030708 | FARAFUSO CORTICAL 4.5MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780031 LOTE: 1/36 634514 1/38 15012 1/40 346813 - Trib aprox R\$: 2,28 Federal, R\$: 9,75 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 3,000 | 18,06 | 54,18 | | | | | |
| 3702030732 | FARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780031 LOTE: 53111 - Trib aprox R\$: 1,16 Federal, R\$: 4,99 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 27,71 | 27,71 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41852 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2395 de 19/01/1995.
 PACIENTE:VICENTE DE PAULO NUNES DE O.
 DATA CIRURGIA:21/03/2018
 MÉDICO:DR. RONALD WATER CRM:174735
 CONVÊNIO:SUS
 Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 3,44 Federal, R\$: 14,74 Estadual
 FONTE IBPT

RESERVADO AO FISCO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

62,12



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº. 10906

SÉRIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0338 9473 7000 0103 5500 1000 0109 0513 3168 0573

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

135180208697272 28/03/2018 08:30:32

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

28/03/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

28/03/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

10906 / 1 30/04/2018

62,12

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

62,12

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

62,12

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 702030708 | PARAFUSO CORTICAL 4,5MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780031 LOTE: 1/34 197515 1/46 531911 - Trib aprox R\$: 1,52 Federal, R\$: 6,30 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 2,000 | 18,06 | 36,12 | | | | | |
| 510240 | FIO LISO DE STEIMANN 4,0MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780010 LOTE: 69316 - Trib aprox R\$: 1.09 Federal, R\$: 4,68 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 26,00 | 26,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41883 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/98 e decreto nº 2985 de 19/01/1998.
 FACIENTE: SERGIO GONÇALVES CORNELIO
 DATA CIRCUNSCRIÇÃO: 26/01/2018
 MÉDICO: DR. RONALD MAIER CRM: 174735
 CONVÊNIO: SUS
 Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 2,61 Federal, R\$: 11,18 Estadual
 PONTE ISPT

RESERVADO AO FISCO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

62,00

SÉRIE 1



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº. 10907

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0338 9473 7000 0103 5500 1000 0109 0713 9100 4660

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

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135180208707147 28/03/2018 08:33:41

NATUREZA DA OPERACAO

VENDA FATURADA

INSCRICAO ESTADUAL

645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSAO

28/03/2018

ENDERECO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAÍ

28/03/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRICAO ESTADUAL

HORA DE SAIDA

FATURA / DUPLICATA

10907 / 1 30/04/2018 62,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

62,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

62,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZAO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Emitente

CODIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

ENDERECO

MUNICIPIO

UF

INSCRICAO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 40001925 | ASPIRADOR DRENOL 3,2MM Nº REGISTRO ANVISA: 803.306.300.25 LOTE: A06263/17 - Trib aprox R\$: 2,60 Federal, R\$: 7,44 Estadual | 90183929 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 62,00 | 62,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 12/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2995 de 19/01/1999.

PACIENTE: ADILSON DOS SANTOS SILVA

DATA CIRURGIA: 15/03/2018

MÉDICO: DR. MARCO FONDINI CRM: 129941

Fabricante: BIOTEC - CNPJ: 07.204.591/0001-68 - Trib aprox R\$: 2,60 Federal, R\$: 7,44 Estadual FONTE

IBPT

RESERVADO AO FISCO

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

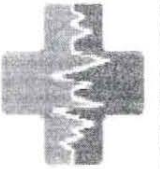
| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3358 / 5117-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CIRURGICA SAO JOSE LTDA |
| CPF/CNPJ: | 55.309.074/0001-04 |
| Valor: | R\$ 892,95 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CIRURGICA SAO JOSE |
| Histórico: | NF 141237 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 10:55:41 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00134218 |
| Chave de segurança: | MKV0JGE952MZ5V7R |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



CIRURGICA SÃO JOSÉ LTDA

Endereço: RODOVIA GERARDO SCAYONE, 2300 GALPÃO 23 E 24
Bairro: RIO COMPRIDO
Cidade: Juazeiro SP
CEP: 12305-900
Fone/Fax: 1239259000 12392590730

Página 1959 de 1264

DOCUMENTO AUXILIAR
DE NOTA FISCAL
ELETRONICA
0 - ENTRADA
1 - SAIDA
Nº 141.237
SÉRIE 2
Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

3518 0455 3090 7400 0104 5500 2000 1412 3710 0098 2830

Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da SEFAZ do estado

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
CNPJ 135180249756197 13/04/18 15:11

CNPJ 55.309.074/0001-04

NATUREZA DE OPERAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros
INSCRIÇÃO ESTADUAL INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO
392118024118

| | | | |
|---|--|----------------------------|-------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IHHABELA | | CNPJ 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 13/04/2018 |
| ENDEREÇO Ihhabela SN | | BARRIO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630000 |
| MUNICÍPIO Ihhabela | | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| FONE/FAX 1238969228 | | HORA DA SAÍDA 15:00 | |

| FATURA | NUMERO | VENCIMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---|----------|---------------------------------------|-----------------|-------------|-------------------|---------------|----------------------------|------------|----------------------------|--------------------|--------------------------|--------|
| 141237/1 | 11/05/18 | 892,95 | | | | | | | | | | |
| DASR DE CALCULO DO ICMS | | 892,95 | VALOR DO ICMS | 160,73 | VALOR DE SONERADO | 0,00 | BASE DE CALCULO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 892,95 |
| VALOR DO FRETE | | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00 | DESCONTO | 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS | 0,00 | VALOR DO IPI | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA | 892,95 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL PAULO EDUARDO DA SILVA | | PRETE POR CONTA 0-EMITENTE? | | CÓDIGO ANTT | | PLACA DO VEÍC | | UF | | CNPJ/CPF | | |
| ENDEREÇO Rua Capitão Paulo José de Menezes Filho 111 | | MUNICÍPIO São José dos Campos / SP | | UF | | UF | | UF | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| QUANTIDADE 1,001 VOIL | | MARCA | | PESO BRUTO | | PESO LÍQUIDO | | 1 | | 1 | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Josefa Corrêa de Almeida
RC-35-09.202-3
Almoxarifado da Saúde
23/04/2018
Saúde

| CODIGO DE BARRAS | INSCRIÇÃO DE PRODUTOS | QUANTIDADE | UNIDADE | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|------------------|---|------------|---------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| 4564 | INSCRIÇÃO DE PRODUTOS KIT C/AGUIA SIMPLI AGULHADO 12 ENX C/3 FIOS - SHALON SHALON 8 S300 | 3000 | UN | 3,00 | 9000,00 | 3,00 | 9000,00 | 3,00 | 9000,00 | 3,00 | 9000,00 |
| 4516 | INSCRIÇÃO DE PRODUTOS C/AGUIA TROMBADO 1107/AG 3,0CM X 8,7CM X 2,3 - SHALON SHALON C-101CR30 | 3000 | UN | 3,00 | 9000,00 | 3,00 | 9000,00 | 3,00 | 9000,00 | 3,00 | 9000,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Tipo de Coluna: C - Coluna | Valor aproximado dos tributos R\$179,57 (30,11%) Fonte: IBSPT | Pedido: 106.489/11 | OC: CID OC 68.3 | Inf. de entrega: End. Entrega: R. PRIFE MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO 86 - AN MÓN SAÚDE - PEREQUE - IHHABELA - SP - CEP | OBS: CID OC 68.3.18 MENSIO FARMACIA MINIGRAF 322018 ORC 6718

RESERVADO AO FISCO



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 068-3/18

FORNECEDOR: CIRURGICA SAO JOSE LTDA.

CNPJ: 55.309.074/0001-04.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3358-8

C/C: 5117-9

VENDEDOR: LEANDRO BUSTAMANTE RIBEIRO.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|--------|------------|------------|
| 1 | 50 | | 24557 - ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15CM X 1,8M ELÁSTICA E COM FIBRA 100% ALGODÃO - PACOTE C/ 12 em fibras cardadas de algodão hidrófobo, c/ goma em uma das faces, c/ espessura mínima de 3mm; com relativa impermeabilidade e em mantas uniformes e contínuas sem impurezas; embalagem individual, em material que garanta a integridade do produto; a apresentação do produto deverá obedecer a legislação atual vigente | UNITEX | R\$ 9,56 | R\$ 478,00 |
| 2 | 3 | CX | 25112 - FIO CATGUT CROMADO 1-0, AGULHA CILÍNDRICA, 3/8 CÍRCULO E 3,0CM E FIO 75CM DE COMPRIMENTO - CAIXA C/ 24 fio cirúrgico de catgut cromado, estéril, absorvível, diâmetro 1-0, medindo aproximadamente 75cm de comprimento, com agulha de 3/8 círculo, cilíndrica, medindo 3,0cm, com bom corte, que não quebre ou entorce com facilidade, em envelope individual. embalagem apropriada ao método de esterilização que permita abertura e transferência asséptica, mantendo a integridade do produto e sua esterilização até o momento do uso. a embalagem externa deve trazer os dados de identificação, procedência, número de lote, data de validade e número do registro no m.s. o produto deve seguir a norma técnica da abnt – nr 13904. | SHALON | R\$ 94,95 | R\$ 284,85 |
| 3 | 5 | CX | 24630 - FIO CATGUT SIMPLES 0 - KIT OBSTÉTRICO C/ 3 AGULHAS (AGULHA CILÍNDRICA, 1/2 CÍRCULO E 4,0CM/ AGULHA CILÍNDRICA, 1/2 CÍRCULO E 5,0CM/ AGULHA TRIANGULAR, 3/8 CÍRCULO E 3,0CM) - CAIXA C/ 12 | SHALON | R\$ 121,62 | R\$ 608,10 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 1.370,95

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 32/2018 - ORÇAMENTO Nº 067/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

José Denilson da Silva
 RG 47.887.456-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 0504.18

Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro

04/04/2018
Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela



Comprovante de Pagamento de Boletó

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Pagador Final / Efetivo

CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38

Nome: STA CASA DE MISERICORDIA

Conta de débito: 3334 / 003 / 00000316-5

Representação numérica do código de barras: 10496.20246 70141.110042 00000.193292 1
75240000114000

Instituição Emissora - Nome do Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código do Banco: 104

Código do ISPB: 00360305

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L

Nome/Razão Social: J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L

CPF/CNPJ: 11.201.854/0001-52

Pagador Sacado

Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

CPF/CNPJ: 50.320.605/0002-19

Pagador Final - Correntista

Nome/Razão Social: STA CASA DE MISERICORDIA

CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38

Data do Vencimento: 14/05/2018

Data de Efetivação / Agendamento: 14/05/2018

Valor Nominal do Boletó: 1.140,00

Juros (R\$): 0,00

IOF (R\$): 0,00

Multa (R\$): 0,00

Desconto (R\$): 0,00

Abatimento (R\$): 0,00

Valor Calculado (R\$): 1.140,00

Valor Pago (R\$): 1.140,00

Identificação do Pagamento: J A COM DE MAT CIRURGICOS

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Data/hora da operação: 14/05/2018 14:11:25


Código da operação: 34482844

Chave de segurança: TMC4SSSKQ5YVGNCJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Endereço do Beneficiário VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | UF SP | CEP 01210901 | |
| Data do Documento 07/05/2018 | Nº do Documento 1932 | Espécie Documento DM | Carteira RG | Data do Processamento 07/05/2018 | Nosso Número 14141100000001932-4 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | CPF/CNPJ 50.320.605/0002-19 | | |
| Endereço do Pagador AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | UF SP | CEP 11630-000 | |
| Pagador/Avalista | | | CPF/CNPJ | | |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|--------------------------|------------------------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento 14/05/2018 | Valor do Documento R\$ 1.140,00 | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
|-------|------------|-------|--------------------------|------------------------------------|--|



104-0

10496.20246 70141.110042 00000.193292 1 75240000114000

| | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|---------------------------------|--|--|
| Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | Vencimento 14/05/2018 |
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Data do Documento 07/05/2018 | Nº do Documento 1932 | Espécie DM | Aceite N | Data de Processamento 07/05/2018 | Nosso Número 14141100000001932-4 |
| Uso do Banco | Carteira RG | Moeda R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 | |

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|--|---------------------|---|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e Nº 000001932 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 07/05/2018 |

| | | |
|---|---|-------------------|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | 1 |
| Nº 000001932 SÉRIE 0 | | Página 1 de 1 |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180305828038 07/05/2018 15:31:32-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019321568706721 | |

| | | | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | DATA DA EMISSÃO 07/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | MUNICÍPIO Ilhabela | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE SAÍDA |

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| | 1932-1 | 14/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--|-------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------|--------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DE ICMS | | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| | | 0,00 | | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 1.140,00 | |
| VALOR DO FRETE | | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | | VALOR TOTAL DA NOTA | | |
| 0,00 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 1.140,00 | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---------|-------------------------|-----------|------------|------------------------------------|--------------|------------------|----|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | RAZÃO SOCIAL PRÓPRIA | | 1132250316 | FRETE POR CONTA 9-Sem Frete | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF 11.201.854/0001-52 |
| ENDEREÇO AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 | | MUNICÍPIO São Paulo | | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | | | |

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 017817 Val.: 06/10/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|---|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: FELIPE LEITE DA SILVA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 07/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | |



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70141.110042 00000.193375 1 75240000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|---------------------------|
| Data do Vencimento: | 14/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 14/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT CIRURGICOS |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| |
|---|
| Data/hora da operação: 14/05/2018 14:13:48 |
|---|

| |
|-------------------------------------|
| Código da operação: 34486538 |
|-------------------------------------|

| |
|---|
| Chave de segurança: MWGVXYUUWVSQ5JZS |
|---|

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.


SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUIVORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|---|-----------------|-------------------|----------|-----------------------|---------------------------|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO, 115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 07/05/2018 | 1933 | DM | RG | 07/05/2018 | 14141100000001933-2 |
| Pagador | | | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | | | UF | CEP |
| AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS, 154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|------------|--------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 14/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70141.110042 00000.193375 1 75240000114000

| | | | | | |
|---|-----------------|---------|------------|-----------------------|--------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 14/05/2018 |
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 07/05/2018 | 1933 | DM | N | 07/05/2018 | 14141100000001933-2 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: | | | | | 50.320.605/0002-19 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | SP 11630-000 |
| AV PROFESSOR MALAQUIAS O FREITAS, 154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | | |
| SACADOR/AVALISTA: | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



| | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e Nº 000001933 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 07/05/2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |

| | |
|---|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180305827453 07/05/2018 15:31:25-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 3518051120185400015255000000019331314133042 | |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 07/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CEP 11630-000 | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | UF SP | HORA DE SAÍDA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| | 1933-1 | 14/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 570,00 | VALOR DO ICMS 102,60 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 |

| | | | | | | | |
|--|---------|-------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|----------|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | | RAZÃO SOCIAL PRÓPRIA | FRETE POR CONTA 9-Sem Frete | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF SP | CNPJ/CPF 11.201.854/0001-52 |
| ENDEREÇO AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 | | MUNICÍPIO São Paulo | INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | | |

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 27012 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (FOXMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: Indeterminada Lote: 1612038 Val.: 30/12/2019 | 90189010 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: Indeterminada Lote: 017818 Val.: 06/10/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: SIDNEI DA SILVA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 07/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 100,81 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO |
|--|--------------------|

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 2513 / 6953-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CREPMED COM PRODUTOS MEDICOS LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 38.947.370/0001-03 |
| Valor: | R\$ 3.937,63 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CREPMED |
| Histórico: | NFS 10966, 10967, 10968, 10969, 10970, 10971 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 16/05/2018 - 11:33:53 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00138139 |
| Chave de segurança: | S7ZQGR3FRELLC9FG |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|---------------------|--|--------|
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | VALOR |
| | IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | 380,99 |



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº. 10966
 SÉRIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
 3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 6613 6424 8035

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

| | | |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO | |
| VENDA FATURADA | 135180239073806 10/04/2018 11:59:55 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ |
| 645152923110 | | 38.947.370/0001-03 |

DESTINATÁRIO / REMETENTE

| | | |
|--|--------------------|-----------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
| IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | 50.320.605/0001-38 | 10/04/2018 |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP |
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | CENTRO | 11630-000 |
| MUNICIPIO | FONE / FAX | UF |
| Ilhabela | (12) 3896-5766 | SP |
| | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE SAÍDA |
| | | |

FATURA / DUPLICATA

| | | |
|-----------|------------|--------|
| 10966 / 1 | 10/05/2018 | 380,99 |
|-----------|------------|--------|

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 380,99 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACES. | VALOR DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 380,99 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ / CPF |
| | Emitente | | | | |
| ENDEREÇO | MUNICIPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
| | | | | | |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 70203084 | PLACA CALÇO Nº REGISTRO ANVISA:10209780908 LOTE: 669415 - Trib aprox R\$: 12,97 Federal, R\$: 55,58 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 308,75 | 308,75 | | | | | |
| 702030708 | PARAFUSO CORTICAL 4,5MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780021 LOTE:1/36 198715 2/40 246813 1/44 659411 - Trib aprox R\$: 3,03 Federal, R\$: 13,00 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 4,000 | 18,06 | 72,24 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

| | |
|--|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
| Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2395 de 19/01/1998. PACIENTE: CLAUDEMIR JOSÉ DOS SANTOS DATA CIRURGIA:02/04/2018 MÉDICO: DR. RONALD MAIER CRM:174738 CONVÊNIO:SUS Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 16,00 Federal, R\$: 68,58 Estadual PONTE IBET | |

RECEBEMOS DE CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Página 1070 de 1264

NF-e

Nº. 10967

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

308,75

SÉRIE 1



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
Rua Luiz Pasteur, 1032
Monte Castelo
Sao Jose dos Campos - SP
CEP: 12215-140
FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 10967

SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 6712 5750 1266

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135180239082631 10/04/2018 12:02:36

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

10/04/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

10/04/2018

MUNICÍPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

10967 / 1 10/04/2018

308,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

308,75

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

308,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

CODIGO ANTI

PLACA

UF

CNPJ / CPF

Emitente

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 9702030064 | PLACA CALCO Nº REGISTRO ANVISA:10209780006 LOTE: 340215 - Trib aprox R\$: 12,97 Federal, R\$: 55,58 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 308,75 | 308,75 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2895 de 19/01/1999.
FACIENTE: VICENTE DE PAULA NUNES OLIVEIRA
DATA CIPURGIA:21/03/2018
MÉDICO:DR. RONALD MAIER CRM:174735
CONVÊNIO:SUS
Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 12,97 Federal, R\$: 55,58 Estadual
FONTE ISFT

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Página 1071 de 1264

NF-e

Nº. 10968

SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

183,81



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
Rua Luiz Pasteur, 1032
Monte Castelo
Sao Jose dos Campos - SP
CEP: 12215-140
FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA 1

Nº. 10968

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 6811 5488 6863

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

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135180239128256 10/04/2018 12:17:33

NATUREZA DA OPERACAO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSAO

10/04/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

10/04/2018

MUNICIPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAIDA

FATURA / DUPLICATA

10968 / 1 10/05/2018

183,81

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CALCULO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

183,81

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

183,81

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

CÓDIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

Emitente

ENDEREÇO

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 0702010699 | PLACA COMPRESSÃO DINAMICA 3.5MM (INCLUI PARAFUSOS) Nº REGISTRO ANVISA:10209780027 LOTE: 4660 PARAFUSO CORTICAL LOTE: 2/14 4535 4/16 6837 - Trib aprox R\$: 7,72 Federal, R\$: 33,09 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 183,81 | 183,81 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2995 de 19/03/1999.
PACIENTE: JÓÃO VITOR DO VALE FONSECA
DATA CIRURGIA: 29/03/2018
MÉDICO: DR. DANIEL T. SAKANE CRM: 129195
CONVÊNIO: SUS
Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 7,72 Federal, R\$: 33,09 Estadual
PONTE IBPT

RESERVADO AO FISCO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

2.384,66

SÉRIE 1



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 São José dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº. 10969

SÉRIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 6911 9517 1890

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

135180239110337 10/04/2018 12:11:14

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

10/04/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

10/04/2018

MUNICÍPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

10969 / 1 10/05/2018 2.384,66

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.384,66 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACES. | VALOR DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 2.384,66 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

CODIGO ANTT

PLACA

UF

CNPJ / CPF

Emitente

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 0702030163 | COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR PRIMARIO Nº REGISTRO ANVISA:80128580151 LOTE: 17040144 - Trib aprox R\$: 37,80 Federal, R\$: 162,00 Estadual | 90213110 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 900,00 | 900,00 | | | | | |
| 0702030120 | COMPONENTE POLIETILENO/ METAL P/ HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR/METALICO P/HEMIARTROPLASTIA MONOPOLAR Nº REGISTRO ANVISA:80128580097 LOTE: 043325 - Trib aprox R\$: 37,80 Federal, R\$: 162,00 Estadual | 90213110 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 900,00 | 900,00 | | | | | |
| 0702030139 | COMPONENTE CEFALICO P/ ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL Nº REGISTRO ANVISA:80128580101 LOTE: ZL115714 - Trib aprox R\$: 19,47 Federal, R\$: 83,43 Estadual | 90213110 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 463,48 | 463,48 | | | | | |
| 0702031380 | CIMENTO S/ ANTIBIÓTICO Nº REGISTRO ANVISA:10171110070 LOTE:1710073e 17100294 - Trib aprox R\$: 5,09 Federal, R\$: 14,54 Estadual | 30064020 | 040 | 5102 | UN | 2,000 | 60,59 | 121,18 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2895 de 12/01/1995.
 PACIENTE: WILMA SANTOS DOS REIS
 DATA CIRURGIA:28/03/2018
 MÉDICO: DR. RONALD MAIER CRM:174735
 CONVÊNIO: SUS
 Fabricante: Biomecânica - CNPJ: 58.526.047/0001-73
 - Trib aprox R\$: 100,16 Federal, R\$: 421,97 Estadual FONTE IBPT

RESERVADO AO FISCO

| | | | |
|---|--|----------------------------|-------------|
| RECEBEMOS DE CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP OS DEBITOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | Página 1073 de 1264 | NF-e |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | VALOR | Nº. 10970 |
| | IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | 55,42 | SÉRIE 1 |

| | | |
|--|---|---|
|  <p>CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP Rua Luiz Pasteur, 1032 Monte Castelo Sao Jose dos Campos - SP CEP: 12215-140 FONE: (12) 3942-5182</p> | <p>DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - ENTRADA <input type="checkbox"/> 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nº. 10970 SÉRIE 1 FOLHA 1/1</p> |  <p>CHAVE DE ACESSO 3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 7016 8050 5681</p> |
| | <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> | |

| | | | |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | VENDA FATURADA | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ | 135180239118245 10/04/2018 12:13:55 |
| 645152923110 | | 38.947.370/0001-03 | |

| | | | | |
|--|-------------------|-----------|--------------------|-----------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | | 50.320.605/0001-38 | 10/04/2018 |
| IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | | | | |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP | DATA DE ENT / SAI | |
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | CENTRO | 11630-000 | 10/04/2018 | |
| MUNICIPIO | FONE / FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE SAIDA |
| Ilhabela | (12) 3896-5766 | SP | | |

| | | | |
|---------------------------|------------|-------|--|
| FATURA / DUPLICATA | | | |
| 10970 / 1 | 10/05/2018 | 55,42 | |

| | | | | | |
|---------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 55,42 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACES. | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 55,42 |

| | | | | | | |
|--------------------------------|---------|-----------------|-------------|------------|--------------------|------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ / CPF |
| | | Emitente | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICIPIO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| | | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO | |
| | | | | | | |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| 0702090724 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM Nº REGISTRO ANVISA:10209780032 LOTE: 1/30 660613 1/35 748015 - Trib aprox R\$: 2,33 Federal, R\$: 9,98 Estadual | 90211010 | 040 | 5102 | UN | 2,000 | 27,71 | 55,42 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|---|--------------------|
| <p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2985 de 19/03/1999.</p> <p>PACIENTE: JAQUELINE SILVIO DA FAZ DATA CIRURGIA:09/03/2018 MÉDICO:DR. RONALD MAIHE CRM:174735 CONVÊNIO:SUS Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 2,33 Federal, R\$: 9,98 Estadual FONTE IEPT</p> | RESERVADO AO FISCO |
|---|--------------------|

DOCUMENTO ELETRÔNICO OPERADO POR NFePACK (www.inventifi.com.br)

| | | |
|---------------------|--|--------|
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | VALOR |
| | IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | 624,00 |



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
 Rua Luiz Pasteur, 1032
 Monte Castelo
 Sao Jose dos Campos - SP
 CEP: 12215-140
 FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº. 10971

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 7111 8261 6323

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

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135180239125673 10/04/2018 12:16:58

| | | |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ |
| VENDA FATURADA | | 38.947.370/0001-03 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| 645152923110 | | |

DESTINATÁRIO / REMETENTE

| | | |
|--|--------------------|-----------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
| IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | 50.320.605/0001-38 | 10/04/2018 |
| ENDEREÇO | BAIRRO / DISTRITO | CEP |
| RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | CENTRO | 11630-000 |
| MUNICÍPIO | FONE / FAX | UF |
| Ilhabela | (12) 3896-5766 | SP |
| | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE SAIDA |
| | | |

FATURA / DUPLICATA

| | | |
|-----------|------------|--------|
| 10971 / 1 | 16/05/2018 | 624,00 |
|-----------|------------|--------|

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 624,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACES. | VALOR DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 624,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-------------|--------|------------|--------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ / CPF |
| | Emitente | | | | |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
| | | | | | |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|---|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 0750 | PARAFUSO AMCORA MONTADA TITÂNIO 5.0MM N° REGISTRO ANVISA:10225710091 LOTE: 5271H17 - Trib aprox R\$: 26,21 Federal, R\$: 112,32 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 624,00 | 624,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS

| | |
|--|--------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
| Decreto 41863 de 13/05/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto nº 2995 de 19/03/1999. PACIENTE: JOSÉ MIGUEL MARQUES CAVARGO DATA CIRURGIA:29/03/2018 MÉDICO: DR.DANIEL T. SKRANE CRM:129195 CONVÊNIO:SUS Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 26,21 Federal, R\$: 112,32 Estadual FONTE IBFT | |

RELATÓRIO DE CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ESTE RELATÓRIO NÃO TEM VALOR FISCAL E É UMA SIMPLES REPRESENTAÇÃO DA CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

| | | |
|------------|---|---|
| SÉRIE 1 | NÚMERO DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 10971 | CHAVE DE ACESSO 35180438947370000103550010000109711182616322 |
|------------|---|---|

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

| | | |
|--|------------------------------|---|
| ÓRGÃO 35 | EVENTO 110110 | DATA E HORÁRIO DO EVENTO 10/04/2018 17:39:58 |
| DESCRIÇÃO DO EVENTO Carta de Correcao | SEQUENCIA DO EVENTO 1 | VERSÃO DO EVENTO 1.00 |
| STATUS 135 - Evento registrado e vinculado a NF-e | PROTOCOLO 135180240431418 | DATA E HORÁRIO DO REGISTRO 10/04/2018 17:40:14 |

EMITENTE

| | | | |
|---|----------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP | CNPJ/CPF 38947370000103 | | |
| ENDEREÇO Rua Luiz Pasteur | BAIRRO/DISTRITO Monte Castelo | CEP 12215140 | |
| MUNICÍPIO Sao Jose dos Campos | FONE/FAX 1239425182 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 645152923110 |

REMETENTE / DESTINATÁRIO

| | | | |
|---|----------------------------|-----------------|--------------------|
| NOME/RAZÃO SOCIAL IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA | CNPJ/CPF 50320605000138 | | |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630000 | |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX 1238965766 | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |

CORREÇÃO

CORRETO: Fabricante: Ortosintese - CNPJ:48.240.709/0001-90

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

CONDIÇÕES DE USO

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

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.193805 8 75270000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 17/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT CIRURGICOS |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/05/2018 10:50:52 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 37116857 |
| Chave de segurança: | K7T65LTXU3GKH81C |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|------------|-----------------------|--|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 10/05/2018 | 1938 | DM | RG | 10/05/2018 | 21014110000001938-2 |
| Pagador | | | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | | | UF | CEP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 17/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.193805 8 75270000114000

| | | | | | |
|---|-----------------|---------|---------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 17/05/2018 |
| Beneficiário | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente | |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 | |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 10/05/2018 | 1938 | DM | N | 10/05/2018 | 21014110000001938-2 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



| | | | |
|--|---|---------------------|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA | NF-e Nº 000001938 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 1.140,00 | |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO | |
| | | 10/05/2018 | |

| | | |
|---|---|--|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |

| | |
|----------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
| VENDA DE MERCADORIAS | 135180315137978 10/05/2018 11:10:20-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR |
| 148820541117 | 35180511201854000152550000000019381539247076 |

| | | | |
|--|--------------------|--------------------|-----------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | 50.320.605/0002-19 | 10/05/2018 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | |
| AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | BARRA VELHA | 11630-000 | |
| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | HORA DE SAÍDA |
| Ilhabela | | SP | |
| | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |

| FATURA | | | FATURA | | | FATURA | | |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
| 1938-1 | 17/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.140,00 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.140,00 |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|
| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALQ. ICMS | ALQ. IPI |
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 018487 Val.: 06/12/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

| | |
|--|--|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: MARCIO DE VITO - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 09/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |

**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.193714 9 75270000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 17/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/05/2018 |
| Valor Nominal do Bolet: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT CIRURGICOS |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 17/05/2018 10:47:52 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 37114550 |
| Chave de segurança: | WMMA9TL36C126FS2 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|--|--|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | | | | Reclamações e Sugestões | |
| | | | | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | | | | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | | | | www.caixa.gov.br | |
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Endereço do Beneficiário VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | UF SP | CEP 01210901 | |
| Data do Documento 10/05/2018 | Nº do Documento 1937 | Espécie Documento DM | Carteira RG | Data do Processamento 10/05/2018 | Nosso Número 21014110000001937-4 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | CPF/CNPJ 50.320.605/0002-19 | | |
| Endereço do Pagador AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | UF SP | CEP 11630-000 | |
| Pagador/Avalista | | | CPF/CNPJ | | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2ª VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento 17/05/2018 | Valor do Documento R\$ 1.140,00 | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.193714 9 75270000114000

| | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|---------------------------------|--|--|
| Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | Vencimento 17/05/2018 |
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Data do Documento 10/05/2018 | Nº do Documento 1937 | Espécie DM | Aceite N | Data de Processamento 10/05/2018 | Nosso Número 21014110000001937-4 |
| Uso do Banco | Carteira RG | Moeda R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | 50.320.605/0002-19 SP | 11630-000 |

Ficha de Compensação
Autenticação nº 11630
INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017


| | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | Nº 000001937 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 10/05/2018 | SÉRIE 0 |

| | | |
|---|---|--|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180315138578 10/05/2018 11:10:29-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019371995789482 | |

| | | | | | |
|--|----------|---|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 10/05/2018 |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 | DATA DE SAÍDA/ENTRADA | |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE SAÍDA | |

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 1937-1 | 17/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 |

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

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 800305000008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| 890580000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 017822 Val.: 06/10/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: IRACEMA SAGRILLO - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 09/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO |
|--|--------------------|

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

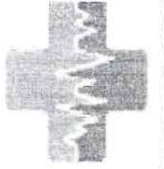
| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3358 / 5117-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CIRURGICA SAO JOSE LTDA |
| CPF/CNPJ: | 55.309.074/0001-04 |
| Valor: | R\$ 355,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CIRURGICA SAO JOSE |
| Histórico: | NF 141355 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 11:07:27 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00128111 |
| Chave de segurança: | HGZ7C7HZ7FEZJGY4 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



CIRURGIA SÃO JOSÉ LTDA

Endereço: RODovia GERALDO SCAVONE, 2300 CAMPANO 23 E 24
 Bairro: RIO COMPRIDO
 Cidade: Jacupiranga SP
 CEP: 12305-900
 Fone/Fax: 1239259000 1239259030

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
 DE NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº 141.355
 SÉRIE 2
 Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
 3518 0455 3090 7400 0104 5500 2000 1413 5510 0098 4054

Consulta de atendimento no portal nacional da SF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
 ou no site da SF-e AZ: Autorização

NATUREZA DE OPERAÇÃO
 VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSERÇÃO ESTADUAL

INSC ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO

392118024118

55.309.074/0001-04

135180256058932

17/04/18 08:33

CNPJ

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

NOTA RAZÃO SOCIAL
 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IJABELA
 ENDEREÇO
 Ijabela SN
 MUNICÍPIO
 Ijabela

CNPJ
 50.320.605/0001-38
 BARRIO/DISTRITO
 CENTRO
 UF
 SP

DATA DA EMISSÃO
 17/04/2018
 DATA DA SAÍDA/ENTRADA
 17/04/2018
 HORA DA SAÍDA
 08:27

| NUMERO | VENCIAMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIAMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIAMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIAMENTO | VALOR | NUMERO | VENCIAMENTO | VALOR |
|-------------------------|-------------|--------|---------------|-------------|-------|-------------------------|-------------|-------|------------------------|-------------|-------|---------------------------|-------------|--------|
| 141355/1 | 17/05/18 | 355,50 | | | | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | 355,50 | VALOR DO ICMS | | 42,66 | VALOR ICMS DESEMBOLADO | | 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO IPI | | 0,00 | VALOR DO ICMS SUSTITUIÇÃO | | 0,00 |
| VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO | | 0,00 | VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | | 355,50 |
| VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO | | 0,00 | VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA | | 355,50 |
| VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO | | 0,00 | VALOR DO IPI | | 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA | | 355,50 |

PAULO EDUARDO DA SILVA
 ENDEREÇO
 Rua Capão Paulo José de Menezes Filho 111
 C/A ANTIDADE 3-001
 MUNICÍPIO
 São José dos Campos / SP

UF
 SP

SECRETARIA DE SAÚDE
 29 ABR 2018
 Recebido

Josuel C. Almeida
 RG: 33.599.202-3
 Chefe de Serviços de Atenção

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

DADOS DO FISCAL
 INSCRIÇÃO DE CONTRATO
 4834
 RINSERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Fone de Contato: 1239259000
 Endereço: Rodovia Geraldo Scavone, 2300 - Campaño 23 E 24 - Bairro Rio Comprido - Jacupiranga - SP - CEP: 12305-900



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 075-2/18

FORNECEDOR: CIRURGICA SAO JOSE LTDA.

CNPJ: 55.309.074/0001-04.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3358-8

C/C: 5117-9

VENDEDOR: LEANDRO BUSTAMANTE RIBEIRO.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-------|----------|------------|
| 1 | 200 | UNI | SERINGA 60 ML BICO CATETER, ESTÉRIL; FABRICADA EM POLÍMERO PLÁSTICO INERTE, OU SEJA, NÃO REAGEM COM OS MEDICAMENTOS; SILICONADA; DISPONÍVEL APENAS NO TAMANHO 60 ML; BICO CATETER; ATÓXICA E APIROGENICA; DESCARTÁVEL E DE USO ÚNICO - UNIDADE | SR | R\$ 2,37 | R\$ 474,00 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 474,00


OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 26/2018 - ORÇAMENTO Nº 075/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

10/04/2018


 José Dentilson de Silva
 RG 47.941.166-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 10.04.18


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3358 / 5117-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CIRURGICA SAO JOSE LTDA |
| CPF/CNPJ: | 55.309.074/0001-04 |
| Valor: | R\$ 118,50 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CIRURGICA SAO JOSE |
| Histórico: | NF 141629 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 21/05/2018 - 11:11:15 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00147317 |
| Chave de segurança: | N50ETFT4SKX9VEUE |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



CIRURGICA SÃO JOSÉ LTDA

Endereço: RODOVIA GERALDO SCAYONE, 2300 GALPAO 23 E 24
Bairro: RIO COMPRIDO
Cidade: Jacareí SP
CEP: 12305-900
Fone/Fax: 1239259000 1239259030

Página 1088 de 1264

DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA

Nº 141.629

SÉRIE 2

Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
3518 0455 3090 7400 0104 5500 2000 1416 2910 0098 6860

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO

135180266751175 20/04/18 11:11

392118024118

55.309.074/0001-04

NOME/RAZÃO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITHABELA
ENDEREÇO
Ithabela SN
MUNICÍPIO
Ithabela

PONE/FAX
1238969228

CNPJ
50.320.605/0001-38
BAIRRO/DISTRITO
CENTRO
U.F.
SP

CEP
11630000
DATA DA EMISSÃO
20/04/2018
DATA DA SAÍDA/ENTRADA
20/04/2018
HORA DA SAÍDA
10:50

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------|------------|--------|-----------------|------------|-------|--------|-----------------------|-------|--------|------------|----------------------------|--|------|----------------------------|--------------|------|--------------------------|------|---------------------|--|--------|
| 141629/1 | 21/05/18 | 118,50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | | 118,50 | VALOR DO ICMS | | | 14,22 | VALOR ICMS DESONERADO | | | 0,00 | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | | 118,50 | | |
| 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 | | 118,50 |

TRANSPORTADOR/VOL. TRANSPORT. 1.00 VOL. ESPECIE

NOME/RAZÃO SOCIAL: PAULO EDUARDO DA SILVA
ENDEREÇO: Rua Capião Paulo José de Menezes Filho 111
MUNICÍPIO: São José dos Campos / SP
QUANTIDADE: 1.00 VOL. MARCA: PESO BRUTO: PESO LÍQUIDO: 1

| CODIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS | NCM/SH | CST/CSOSN | GRUPO | UNID | QTD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | BASE CÁLCULO ICMS | ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMST |
|----------------|---|----------------|-----------|-------|-------|---------|----------------|-------------|-------------------|------|-----------|-----------------|
| 7755 | SERINGA 60 ML BICO CATETER ESTÉRIL - FABRICADA EM POLÍMERO PLÁSTICO INERTE, OU SEJA, NÃO REAGIR COM OS MEDICAMENTOS, SILICONADA, DISPONÍVEL APENAS NO TAMANHO DE 60ML. BICO CATETER, ATÓXICA E ANTIOGÊNICA, DESCARTAVEL E DE USO ÚNICO - UNIDADE: Lote SSK037E x50 Val: 01/06/22 Valor aproximado dos tributos R\$ 20,74 (17,50% IPI) Fonte: IBPT | 9018 31 19 000 | 5.102 | UNID | 50,00 | 2,37000 | 118,50 | 118,50 | 14,22 | 0,00 | 12,00 | 0,00 |

Assinatura: *[Handwritten Signature]*
 Duocel, Controlador de Almeida
 RG: 391.599.302-3
 Amoxarifeado de Saúde
 Secretaria de Saúde
 03 MAI 2018
 INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Cobrança: Contínua - Valor aproximado dos tributos: R\$20,74 (17,50% IPI) - Pedido: 1060923 - OC: CD OC 0752/18 - Inf. de entrega: End. Entrega: RUA PREEF MARIANO PROC DE ARAUJO CARVALHO 86 ALMOXARIFADO DA SAÚDE - PENTEQUE - Ithabela - SP - CEP: 11630 - OIBS: CD OC 0752/18 MEMO FARMACIA/CMCJ N° 202018 ORÇAMENTO N° 075/18

RESERVADO AO FISCO



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 075-2/18

FORNECEDOR: CIRURGICA SAO JOSE LTDA.

CNPJ: 55.309.074/0001-04.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 3358-8

C/C: 5117-9

VENDEDOR: LEANDRO BUSTAMANTE RIBEIRO.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-------|----------|------------|
| 1 | 200 | UNI | SERINGA 60 ML BICO CATETER, ESTÉRIL; FABRICADA EM POLÍMERO PLÁSTICO INERTE, OU SEJA, NÃO REAGEM COM OS MEDICAMENTOS; SILICONADA; DISPONÍVEL APENAS NO TAMANHO 60 ML; BICO CATETER; ATÓXICA E APIROGENICA; DESCARTÁVEL E DE USO ÚNICO - UNIDADE | SR | R\$ 2,37 | R\$ 474,00 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 474,00


OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FARMACIA HMGMCJ Nº 26/2018 - ORÇAMENTO Nº 075/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: ALMOX. DA SAÚDE - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

10/04/2018


 José Denilson da Silva
 RG 47.941.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 10.04.18


 Gustavo Barbosa de Freitas
 Intervenitor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 2513 / 6953-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CREPMED COM PRODUTOS MEDICOS LTDA EPP |
| CPF/CNPJ: | 38.947.370/0001-03 |
| Valor: | R\$ 285,19 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CREPMED |
| Histórico: | NF 10989 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 21/05/2018 - 15:22:05 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00197853 |
| Chave de segurança: | AY0E1LAHJPP20J7U |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

RECEBEMOS DE CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - Página 1091 de 1264 ESTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

Nº. 10989

SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

VALOR

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

285,19



CREPMED - Com. Produtos Médicos LTDA - EPP
Rua Luiz Pasteur, 1032
Monte Castelo
Sao Jose dos Campos - SP
CEP: 12215-140
FONE: (12) 3942-5182

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 10989

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3518 0438 9473 7000 0103 5500 1000 0109 8915 4129 2087

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

135180248993494 13/04/2018 11:31:17

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA FATURADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645152923110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

38.947.370/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

IRMANDADE SANTA CASA DE MIS. DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

13/04/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DE ENT / SAI

13/04/2018

MUNICÍPIO

Ilhabela

FONE / FAX

(12) 3896-5766

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

10989 / 1 14/05/2018 285,19

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| BASE DE CALCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CALCULO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 285,19 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACES. | VALOR DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 285,19 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-------------|--------|------------|--------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA | UF | CNPJ / CPF |
| | Emitente | | | | |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERO | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO |
| | | | | | |

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM / SH | CST | CFOP | UNID | QUANTIDADE | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|------------|--|----------|-----|------|------|------------|-------------|----------|---------|---------|--------|------------|-----------|
| 0702030830 | PLACA 1/3 DE TUBO 3,5MM (INCLUI PARAFUSOS) Nº REGISTRO ANVISA: 10209780037 LOTE: 7436 PARAFUSO CORTICAL LOTE: 3/14 7350 1/16 6061 - Trib aprox R\$: 6,16 Federal, R\$: 26,40 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 1,000 | 146,64 | 146,64 | | | | | |
| 0702030724 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM Nº REGISTRO ANVISA: 10209780032 LOTE: 1/16 635712 1/20 744915 2/40 256415 1/45 568916 - Trib aprox R\$: 5,82 Federal, R\$: 24,94 Estadual | 90211020 | 040 | 5102 | UN | 5,000 | 27,71 | 138,55 | | | | | |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Decreto 41863 de 13/06/97. Art.1 - Convênio ICMS 47/97. Ratificado p/ Conv. ICMS 1 de 02/03/99 e decreto n° 2995 de 19/03/1999.
PACIENTE: ADILSON DA SILVA FARIA
DATA CIRURGIA: 06/04/2018
MÉDICO: DR. RICARDO STORTI CRM: 100051
CONVÊNIO: SUS
Fabricante: Hexagon - CNPJ: 58.619.131/0001-31 - Trib aprox R\$: 11,98 Federal, R\$: 51,34 Estadual
FONTE IBPT

RESERVADO AO FISCO

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.194282 3 75320000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 22/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 22/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1942 |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 22/05/2018 10:44:15 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 42103151 |
| Chave de segurança: | Z6UN1UA5ZXT2Y0WW |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|------------|-----------------------|--|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO, 115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 15/05/2018 | 1942 | DM | RG | 15/05/2018 | 21014110000001942-0 |
| Pagador | | | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | | | UF | CEP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREUAS, 154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 22/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.194282 3 75320000114000

| | | | | | |
|---|-----------------|---------|------------|-----------------------|------------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 22/05/2018 |
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 15/05/2018 | 1942 | DM | N | 15/05/2018 | 21014110000001942-0 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREUAS, 154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |

 Ficha de Compensação
 Autenticação no verso

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | DATA DA EMISSÃO 15/05/2018 | Nº 000001942 SÉRIE 0 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | | |

| | | |
|---|--|--|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center; margin-left: 10px;">1</div> | |
| Nº 000001942 SÉRIE 0 | | Página 1 de 1 |

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180326586668 15/05/2018 11:15:51-03:00 | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 11.201.854/0001-52 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019421452726030 |

| | | | | |
|---|----------|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | DATA DA EMISSÃO 15/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | CEP 11630-000 | | HORA DE SAÍDA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 1942-1 | 22/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DE ICMS | | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| | | 570,00 | | 102,60 | 0,00 | | 0,00 | 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 1.140,00 | | |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val. indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| AMIC41 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM - CMA (ENC. RAZEK) - JOELHO/OMBRO (VOLMED) Reg. Anvisa: 81130100002 Lote: 21 Val.: 30/12/2018 | 90189099 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |

| | |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: CLAUDIA NATALIA DE ALMEIDA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 14/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO <div style="text-align: center;">INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017</div> |
|---|---|



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.194100 1 75320000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 22/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 22/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1941 |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 22/05/2018 10:30:59 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 42093521 |
| Chave de segurança: | GC124Q1624YT46XG |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Endereço do Beneficiário VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | UF SP | CEP 01210901 | |
| Data do Documento 15/05/2018 | Nº do Documento 1941 | Espécie Documento DS | Carteira RG | Data do Processamento 15/05/2018 | Nosso Número 21014110000001941-2 |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | CPF/CNPJ 50.320.605/0002-19 | | |
| Endereço do Pagador AV. PROF. MALAQUIAS O. FREUAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | UF SP | CEP 11630-000 | |
| Pagador/Avalista | | | CPF/CNPJ | | |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:
 NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSO BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|--------------------------|------------------------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento 22/05/2018 | Valor do Documento R\$ 1.140,00 | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
|-------|------------|-------|--------------------------|------------------------------------|--|



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.194100 1 75320000114000

| | | | | | |
|--|-------------------------|---------------|---------------------------------|--|--|
| Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | Vencimento 22/05/2018 |
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Data do Documento 15/05/2018 | Nº do Documento 1941 | Espécie DS | Aceite N | Data de Processamento 15/05/2018 | Nosso Número 21014110000001941-2 |
| Uso do Banco | Carteira RG | Moeda R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |

| | |
|--|------------------------------------|
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREUAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |
|--|------------------------------------|

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|--|---|---------------------|--------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 1.140,00 | Nº 000001941 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO | SÉRIE 0 |
| | | 15/05/2018 | |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |
| Nº 000001941 SÉRIE 0 | | Página 1 de 1 |

| | |
|----------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
| VENDA DE MERCADORIAS | 135180326587381 15/05/2018 11:16:02-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR |
| 148820541117 | 35180511201854000152550000000019411824840214 |

| | | | |
|--|-----------------|--------------------|-----------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME/RAZÃO SOCIAL | | 50.320.605/0002-19 | 15/05/2018 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | |
| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | BARRA VELHA | 11630-000 | |
| MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE SAÍDA |
| Ilhabela | SP | | |

| | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| FATURA | | | |
| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO |
| 1941-1 | 22/05/2018 | 1.140,00 | |

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | VALOR DO ICMS |
| 1.140,00 | 205,20 |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |
| 0,00 | 0,00 |
| VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO |
| 0,00 | 0,00 |
| DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS |
| 0,00 | 0,00 |
| VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 1.140,00 |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|----------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
| BMS-D001 | CAPA PARA VÍDEO CIRURGIA (BRAMSYS) Reg. Anvisa: 80195520001 Lote: 171831445 Val.: 01/05/2019 | 90181990 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 1.140,00 | 1.140,00 | 1.140,00 | 205,20 | | 18,00 | |

| | |
|--|--|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: DANIEL ANDRADE DA SILVA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: - Data da Cirurgia: 10/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 162,34 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.194365 4 75320000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 22/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 22/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1943 |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 22/05/2018 10:45:52 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 42104314 |
| Chave de segurança: | 0U9ZRE8XMYR5NLQR |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|------------|-----------------------|--|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 15/05/2018 | 1943 | DM | RG | 15/05/2018 | 21014110000001943-9 |
| Pagador | | | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | | | UF | CEP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREUAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 22/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.194365 4 75320000114000

| | | | | | |
|--|-----------------|---------|------------|-----------------------|------------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 22/05/2018 |
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 15/05/2018 | 1943 | DM | N | 15/05/2018 | 21014110000001943-9 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREUAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |

 Ficha de Compensação
 Autenticação no verso

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|--|---------------------|---|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e Nº 000001943 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 15/05/2018 |

| | | |
|---|---|---|
|  J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |

| | | | | | |
|--|------------------------------------|---|----------------------------|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 11.201.854/0001-52 | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180326585967 15/05/2018 11:15:42-03:00 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019431378100141 |
|--|------------------------------------|---|----------------------------|--|--|

| | | | | |
|---|----------|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | DATA DA EMISSÃO 15/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | CEP 11630-000 | | HORA DE SAÍDA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

| FATURA | | | |
|--------|------------|----------|--------|
| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO |
| 1943-1 | 22/05/2018 | 1.140,00 | |

| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 570,00 | 102,60 | 0,00 | 0,00 | 1.140,00 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.140,00 |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
| 10019.01 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (CLINMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 00040344 Val.: 06/11/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |
| AMIC41 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM - CMA (ENC. RAZEK) - JOELHO/OMBRO (VOLMED) Reg. Anvisa: 81130100002 Lote: 21 Val.: 30/12/2018 | 90189099 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |

| | |
|--|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgia: RONALD MAIER - Paciente: MARLI N. DE SOUZA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 14/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 47,88 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | RESERVADO AO FISCO <h2 style="text-align: center;">INTERVENÇÃO</h2> <h3 style="text-align: center;">DECRETO 6353/2017</h3> |
|--|---|

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70141.210016 00000.195503 4 75350000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | | |
|--|------------|--|
| Data do Vencimento: | 25/05/2018 | |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 25/05/2018 | |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.140,00 | |
| Juros (R\$): | 0,00 | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
| IOF (R\$): | 0,00 | |
| Multa (R\$): | 0,00 | |
| Desconto (R\$): | 0,00 | |
| Abatimento (R\$): | 0,00 | |
| | | |

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1955 |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 25/05/2018 14:54:07 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 45333259 |
| Chave de segurança: | VGUYMN82ZX6V31LA |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|--|-----------------|---------------------|----------|---------------------------|---------------------|
| Beneficiário | | CPF/CNPJ | | Agência/Código do Cedente | |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | 011.201.854/0001-52 | | 1230/620247 | |
| Endereço do Beneficiário | | UF | | CEP | |
| VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | SP | | 01210901 | |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 25/05/2018 | 1955 | DM | RG | 25/05/2018 | 21141100000001955-6 |
| Pagador | | | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | | | UF | CEP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:
 NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|------------|--------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 25/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70141.210016 00000.195503 4 75350000114000

| | | | | | |
|---|-----------------|---------------------|------------|---------------------------|--------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 25/05/2018 |
| Beneficiário | | CPF/CNPJ | | Agência/Código do Cedente | |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | 011.201.854/0001-52 | | 1230/620247 | |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 25/05/2018 | 1955 | DM | N | 25/05/2018 | 21141100000001955-6 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE | | | | | (-) Desconto |
| NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| | | | | | |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: | | | | | 50.320.605/0002-19 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | | SP 11630-000 |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | | |
| SACADOR/AVALISTA: | | | | | |

Ficha de Compensação
 Autenticação no verso



| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e Nº 00001955 SÉRIE 0 |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA | DATA DE RECEBIMENTO | DATA DA EMISSÃO 17/05/2018 | |
| IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | | | |

| | | |
|---|---|---|
|  J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |
| Nº 00001955 SÉRIE 0 Página 1 de 1 | | |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180333247718 17/05/2018 10:50:11-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO |
| CNPJ 11.201.854/0001-52 | CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019551398937951 |

| | | | |
|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 17/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| FATURA | | HORA DE SAÍDA | |

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 1955-1 | 24/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 570,00 | VALOR DO ICMS 102,60 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 |

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

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| BMS-D001 | CAPA PARA VÍDEO CIRURGIA (BRAMSYS) Reg. Anvisa: 80195520001 Lote: 171831445 Val.: 01/05/2019 | 90181990 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |
| 891610000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: Indeterminada Lote: 055453 Val.: 21/09/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|---|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: ANA PAULA BATISTA - Convênio: SUS - Hospital: ILABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 16/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 105,11 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | |



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70141.210016 00000.195412 5 75350000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 25/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 25/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1954 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 25/05/2018 14:52:43 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 45331803 |
| Chave de segurança: | K0Y2VTJ8SLE6PMMM |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | |
|--|-----------------|---------------------|---------------------------|
| Beneficiário | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira |
| 25/05/2018 | 1954 | DM | RG |
| Data do Processamento | | Nosso Número | |
| 25/05/2018 | | 21141100000001954-8 | |
| Pagador | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | UF | CEP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | CPF/CNPJ | |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:
 NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|------------|--------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 25/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70141.210016 00000.195412 5 75350000114000

| | | | |
|---|-----------------|--------------------------------|---------------------------|
| Local de Pagamento | | Vencimento | |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | 25/05/2018 | |
| Beneficiário | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite |
| 25/05/2018 | 1954 | DM | N |
| Data de Processamento | | Nosso Número | |
| 25/05/2018 | | 21141100000001954-8 | |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade |
| | RG | R\$ | |
| Valor | | (-) Valor do Documento | |
| | | R\$ 1.140,00 | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE | | (-) Desconto | |
| NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | (-) Outras Deduções/Abatimento | |
| INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 | | (+) Mora/Multa/Juros | |
| | | (+) Outros Acréscimos | |
| | | (-) Valor Cobrado | |
| | | | |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: | | 50.320.605/0002-19 | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | SP 11630-000 | |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | |
| SACADOR/AVALISTA: | | | |

Ficha de Compensação
 Autenticação no verso



| | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | Nº 000001954 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 17/05/2018 | SÉRIE 0 |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250318 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |
| Nº 000001954 SÉRIE 0 Página 1 de 1 | | |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180333248521 17/05/2018 10:50:20-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019541347974267 | |

| | | | |
|---|-----------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | DATA DA EMISSÃO 17/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | CEP 11630-000 |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAIX | | HORA DE SAÍDA |

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| | 1954-1 | 24/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | BASE DE CÁLCULO DE ICMS 570,00 | VALOR DO ICMS 102,60 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | GST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------------------|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| | BMS-D001 | CAPA PARA VÍDEO CIRURGIA (BRAMSYS) Reg. Anvisa: 80195520001 Lote: 171831445 Val.: 01/05/2019 | 90181990 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |
| | 891610000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 055453 Val.: 21/09/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: RIVALDO ANTONIO SILVA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 16/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 105,11 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | |

**Comprovante de Pagamento de Bolet**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.195842 9 75390000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | | |
|--|------------|--|
| Data do Vencimento: | 29/05/2018 | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 29/05/2018 | |
| Valor Nominal do Bolet | 1.140,00 | |
| Juros (R\$): | 0,00 | |
| IOF (R\$): | 0,00 | |
| Multa (R\$): | 0,00 | |
| Desconto (R\$): | 0,00 | |
| Abatimento (R\$): | 0,00 | |

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1958 |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 29/05/2018 09:51:13 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 49061564 |
| Chave de segurança: | W6THQP55LWMRAR0X |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | |
|---|-------------------------|---------------------------------|--|
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário VIEIRA DE CARVALHO,115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | UF SP | CEP 01210901 |
| Data do Documento 23/05/2018 | Nº do Documento 1958 | Espécie Documento DM | Carteira RG |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CPF/CNPJ 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | UF SP | CEP 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | CPF/CNPJ | |

TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE:
 NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO

PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR

| | | | | | |
|-------|------------|-------|------------|--------------------|--|
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 29/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.195842 9 75390000114000

| | | | | | |
|---|-------------------------|---------------|---------------------------------|--|--|
| Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | Vencimento 29/05/2018 |
| Beneficiário J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | CPF/CNPJ 011.201.854/0001-52 | Agência/Código do Cedente 1230/620247 | |
| Data do Documento 23/05/2018 | Nº do Documento 1958 | Espécie DM | Aceite N | Data de Processamento 23/05/2018 | Nosso Número 21014110000001958-7 |
| Uso do Banco | Carteira RG | Moeda R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO <div style="text-align: center;"> INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 </div> | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS,154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



| | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | Nº 000001958 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 22/05/2018 | SÉRIE 0 |

| | | |
|---|---|---|
|  J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica | CONTROLE DO FISCO  |
| | 0 - Entrada 1 - Saída | |

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180347546743 23/05/2018 11:22:54-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019581506614412 | |

| | | | | |
|---|----------|--------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | DATA DA EMISSÃO 22/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | CEP 11630-000 | | HORA DE SAÍDA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

| | | | |
|------------------|--------------------------|-------------------|------------|
| FATURA | | | |
| NÚMERO 1958-1 | VENCIMENTO 29/05/2018 | VALOR 1.140,00 | NÚMERO |
| | | | VENCIMENTO |
| | | | VALOR |

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 570,00 | VALOR DO ICMS 102,60 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 |

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

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 27012 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (FOXMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: indeterminada Lote: 1612038 Val.: 30/12/2019 | 90189010 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |
| 891610000 | LAMINA DE SHAVER 4.5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 055461 Val.: 21/09/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|---|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: CLEIB LOPES LARA - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 21/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 100,61 Federal R\$ 136,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B | |



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 10496.20246 70014.211018 00000.195768 8 75390000114000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Código do Banco: | 104 |
| Código do ISPB: | 00360305 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| Nome/Razão Social: | J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L |
| CPF/CNPJ: | 11.201.854/0001-52 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0002-19 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 29/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 29/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.140,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|------------------------------------|------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.140,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.140,00 |
| Identificação do Pagamento: | J A COM DE MAT NF 1957 |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 29/05/2018 09:49:18 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 49060440 |
| Chave de segurança: | 4LX88VE5EUS48M5P |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|-------------------------|---------------|
|  COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA | Reclamações e Sugestões | |
| | DISQUE CAIXA | 0800 726 0101 |
| | OUVIDORIA | 0800 725 7474 |
| | www.caixa.gov.br | |

| | | | | | |
|--|-----------------|-------------------|------------|-----------------------|--|
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Endereço do Beneficiário | | | | UF | CEP |
| VIEIRA DE CARVALHO, 115-CJ 22-REPUBLICA/SAO PAULO | | | | SP | 01210901 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie Documento | Carteira | Data do Processamento | Nosso Número |
| 23/05/2018 | 1957 | DM | RG | 23/05/2018 | 21014110000001957-9 |
| Pagador | | | | CPF/CNPJ | |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | | 50.320.605/0002-19 | |
| Endereço do Pagador | | | | UF | CEP |
| AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS, 154,-BARRA VELHA/ILHABELA | | | | SP | 11630-000 |
| Pagador/Avalista | | | | CPF/CNPJ | |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE: NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | |
| PARA EMISSAO DE 2º VIA ACESSE BLOQUETOEXPRESSO.CAIXA.GOV.BR | | | | | |
| Moeda | Quantidade | Valor | Vencimento | Valor do Documento | Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado |
| | | | 29/05/2018 | R\$ 1.140,00 | |



104-0

10496.20246 70014.211018 00000.195768 8 75390000114000

| | | | | | |
|--|-----------------|---------|------------|-----------------------|------------------------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Vencimento |
| PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE | | | | | 29/05/2018 |
| Beneficiário | | | | CPF/CNPJ | Agência/Código do Cedente |
| J. A. COMERCIO DE MATERIAIS CIRURGICOS L | | | | 011.201.854/0001-52 | 1230/620247 |
| Data do Documento | Nº do Documento | Espécie | Aceite | Data de Processamento | Nosso Número |
| 23/05/2018 | 1957 | DM | N | 23/05/2018 | 21014110000001957-9 |
| Uso do Banco | Carteira | Moeda | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento |
| | RG | R\$ | | | R\$ 1.140,00 |
| TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE NAO RECEBER APOS 5 DIAS DE ATRASO | | | | | (-) Desconto |
| | | | | | (-) Outras Deduções/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa/Juros |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO/CIDADE/UF/CEP: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA AV. PROF. MALAQUIAS O. FREITAS, 154,-BARRA VELHA/ILHABELA SACADOR/AVALISTA: | | | | | 50.320.605/0002-19 SP 11630-000 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Ficha de Compensação
Autenticação no verso



| | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------|
| RECEBEMOS DE J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 | NF-e |
| SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | Nº 000001957 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DATA DA EMISSÃO 22/05/2018 | SÉRIE 0 |

| | | |
|---|--|---|
|  <p>J. A. COMÉRCIO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS LTDA. - EPP AV. VIEIRA DE CARVALHO, 115 CONJ. 22 REPÚBLICA - São Paulo/SP CEP: 01210-901 - Fone: 1132250316 diretoria@ja-ortopedia.com.br</p> | <p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada 1 - Saída</p> <p>Nº 000001957 SÉRIE 0</p> <p>Página 1 de 1</p> | <p>CONTROLE DO FISCO</p>  |
|---|--|---|

| | |
|--|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIAS | PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180347548249 23/05/2018 11:23:15-03:00 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 148820541117 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 11.201.854/0001-52 |
| CHAVE DE ACESSO DA NF-e - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR 35180511201854000152550000000019571647817118 | |

| | | | | |
|---|----------|--------------------------------|----------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF 50.320.605/0002-19 | | DATA DA EMISSÃO 22/05/2018 |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CEP 11630-000 | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA |
| ENDEREÇO AV PROFESSOR MALAQUIAS O. FREITAS, 154 | | BAIRRO/DISTRITO BARRA VELHA | UF SP | HORA DE SAÍDA |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |

| NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|--------|------------|----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 1957-1 | 29/05/2018 | 1.140,00 | | | | | | |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS 570,00 | VALOR DO ICMS 102,60 | BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.140,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 1.140,00 |

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

| CÓD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|--------------|--|----------|-----|-------|-------|------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| 27012 | EQUIPO DE IRRIGACAO PARA ARTROSCOPIA 4 VIAS (FOXMED) Reg. Anvisa: 80030500008 Val.: Indeterminada Lote: 1612038 Val.: 30/12/2019 | 90189010 | 000 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | 570,00 | 102,60 | | 18,00 | |
| 891610000 | LAMINA DE SHAVER 4,5MM CMA - (ENC. RAZEK) [CANULA DE MICRODEBRIDACAO] (RAZEK) Reg. Anvisa: 80356130052 Val.: indeterminada Lote: 055461 Val.: 21/09/2020 | 90183929 | 040 | 5.102 | UN | 1 | 570,00 | 570,00 | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|---|--------------------|
| <p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Cirurgião: RONALD MAIER - Paciente: JOSE MARTINS DE OLIVEIRA SANTOS - Convênio: SUS - Hospital: ILHABELA - Cirurgia: ARTROSCOPIA SIMPLES - Data da Cirurgia: 21/05/2018 as Valor aproximado dos tributos: R\$ 100,61 Federal R\$ 138,80 Estadual Fonte: IBPT 18.1.B</p> | RESERVADO AO FISCO |
|---|--------------------|



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

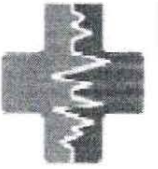
| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 3358 / 5117-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | CIRURGICA SAO JOSE LTDA |
| CPF/CNPJ: | 55.309.074/0001-04 |
| Valor: | R\$ 478,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | CIRURGICA SAO JOSE |
| Histórico: | NF 141648 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 09:41:46 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00121270 |
| Chave de segurança: | C3GKZRSX96JNT9GG |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



CIRURGICA SÃO JOSÉ LTDA

Endereço: RODOVIA GERALDO SCAYONE, 2100 GALPAO 23 E 24
 Bairro: RIO COMPRIDO
 Cidade: Jacareí SP
 CEP: 12305-900
 Fone/Fax: 1239259000 1239259030

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
 DE NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAIDA
 Nº 141.648
 SÉRIE 2
 Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

3518 0455 3090 7400 0104 5500 2000 1416 4810 0098 7020

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135180267346309 20/04/18 14:11
 CNPJ

55.309.074/0001-04

NATUREZA DE OPERAÇÃO
 Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 392118024118

INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIO

| | | | | | |
|---|--|----------------------------|--|-------------------------------|--|
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ 50.320.605/0001-38 | | DATA DA EMISSÃO 20/04/2018 | |
| ENDERECO Ilhabela SN | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | | CEP 11630000 | |
| MUNICÍPIO Ilhabela | | UF SP | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| FONE/FAX 1238969228 | | | | | |

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|----------|----------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 141648/1 | 18/05/18 | 478,00 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|--------------------------|-------|-------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | | VALOR DO ICMS | | BASE DE CÁLCULO ICMS ST | | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| VALOR DO FRETE | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 86,04 | DESCONTO | 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR DO IPI | 0,00 |
| VALOR TOTAL DA NOTA | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | | VALOR TOTAL DA NOTA | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | | 478,00 | |

| | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| NOME/RAZÃO SOCIAL PAULO EDUARDO DA SILVA | | MUNICÍPIO São José dos Campos / SP | | CNPJ/C.P.F. 162.833.988-80 | |
| ENDERECO Rua Capitão Paulo José de Menezes Filho 111 | | UF SP | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| TRANSPORTADOR/VOL. TRANSPORT. QUANTIDADE 2,00 VOL | | MARCA | | PESO BRUTO 10 | |
| ESPECIE | | PESOS POR CONTA | | PESO LÍQUIDO 10 | |

| CODIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS | NCM/SIT | CSOSN | CFOP | UNID | QTD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLCULO | VALOR | ALÍQUOTAS |
|----------------|---|------------|-------|-------|------|-------|----------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|
| 5447 | ALGODAO ORT 15CM X 1,8M C/12 - UNITEX UNITEX A01518 | 9021.10.20 | 400 | 5.102 | PCT | 50,00 | 9.56000 | 478,00 | 478,00 | 86,04 | 0,00 18,00 0,00 |

LT UNICO

o/c

Assinatura: *Josele Condaira de Almeida*
 R.S. 23 529.302-3
 Almoxtarifado da Saúde

Secretaria de Saúde
 Almoxtarifado da Saúde
 RECEBIDO

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Tipo de Contribuinte: Valor aproximado dos tributos R\$48.76 (10,20%) Fonte: IBPT | Pedido: 106489 | OC CD OC 08-31 | Int de entrega: End. Entrega: R. PREF. MARIANO PROC DE ARAUJO CARVALHO 86 ALMOX. SAÚDE - PERERQUE - Ilhabela - SP - CEP: 12305-900 | OBS: CD OC 08-318 MEMO FARMACIA HMGMCJ 322018 ORC 6778
 RESERVADO AO FISCO

GRUPO:
MATERIAIS NÃO HOSPITALARES

SUBGRUPO:

**IMPRESSOS E MATERIAIS DE
ESCRITÓRIO OU OUTROS**

MAIO / 2018

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1529 / 49059-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 03.260.448/0001-32 |
| Valor: | R\$ 3.699,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MIKROMIX |
| Histórico: | NF 12615 |




| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 08/05/2018 - 14:39:54 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00194862 |
| Chave de segurança: | GN2YW15RC5QK0911 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Recebemos de MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado. Emissão:07/05/18 Valor Total:3699.00 Destinatário: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA-RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,15,ILHABELA-SP. | | NF-e N.: 12615 Série: 1 |
| Data de Recebimento | Identificação e assinatura do receptor | |

| | | |
|--|--|---|
| Identificação do Emitente  Sistemas Copiativos Ltda  DEALER AUTORIZADO MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA AV DR MARIO GALVAO,560,JD BELA VISTA,SAO JOSE DOS CAMPOS-SP Telefone:(12)3943-8600, CEP:12209-004 | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 1-Entrada 2-Saída 2 N.: 12615 Série: 1 Página 1/1 | Controle do Fisco  Chave de Acesso 3518 0503 2604 4800 0132 5500 1000 0126 1511 2158 1779 Consulta de autenticidade no portal da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site do SEFAZ autorizada |
|--|--|---|

| | |
|---|---|
| Natureza de Operação VENDA DE MERCADORIAS | Protocolo de Autorização de Uso 135180306320103 07/05/18 17:10:26 |
| Inscrição Estadual 645.472.556.112 | Inscrição Estadual do Subst.Tributário 03.260.448/0001-32 |

| | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------|--|
| Destinatário/Remetente | | CNPJ/CPF | Data de Emissão |
| Nome/Razão Social SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 50.320.605/0001-38 | 07/05/18 |
| Endereço RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,15 | | Bairro CENTRO | CEP 11630-000 |
| Município ILHABELA | Fone/Fax (12)3896-5766 | UF SP | Inscrição Estadual |
| | | | Hora de Entrada/Saída 17:00:43 |

Fatura/Duplicatas **A Vista**

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------|-------------------------|--|------------------|--|--------------------------|--|
| Cálculo do Imposto | | Base de Cálculo do ICMS | | Valor do ICMS | | Base Cálculo do ICMS ST | | Valor do ICMS ST | | Valor Total dos Produtos | |
| 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 3699.00 | |
| Valor do Frete | Valor do Seguro | Desconto | Outras Despesas Acessórias | Valor do IPI | Valor Aprox. Tributos | Valor Total da Nota | | | | | |
| 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 967.29 | 3699.00 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---------|---|-------------|-----------------|--|---------------------------|
| Transportador/Volumes Transportados | | Frete por Conta de | Código ANTT | Placa Veículo | UF | CNPJ/CPF |
| Razão Social MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA. | | 0-EMITENTE | | | | 03.260.448/0001-32 |
| Endereço AV.DR MARIO GALVAO,560 | | Município SAO JOSE DOS CAMPOS | | UF SP | Inscrição Estadual 645.472.556.112 | |
| Quantidade | Espécie | Marca | Numeração | Peso Bruto | Peso Líquido | |

| Código | Descrição do Produto/Serviço | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UN | Quant | Valor Unitário | Valor Total | B.Calc. ICMS | Valor ICMS | Aliq. ICMS | V.Aprox. Tributos |
|--------|--|----------|-------|------|----|-------|----------------|-------------|--------------|------------|------------|-------------------|
| 001102 | COPIADORA MULTIF.COLOR.KYOCERA M5526CDW GARANTIA: 12 MESESASSIST.TECNICA: 36 MESES N.SERIE: VE87502579 | 84433115 | 0500 | 5405 | UN | 1 | 3699,00 | 3699,00 | | | | 967,29 |

RECEBIDO
08/05/18
Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| Cálculo do ISSQN | Inscrição Municipal | Valor Total dos Serviços | Base de Cálculo ISSQN | Valor do ISSQN |
| | 148.873 | | | |

| | |
|--|--------------------|
| Dados Adicionais | Reservado ao Fisco |
| Informações Complementares AF. No.: 091/2018. DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI, Trib.Aprox.R\$: (523.41) Fed. e (443.88) Est.Fonte IBPT. | |



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 091/18

FORNECEDOR: MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA.

CNPJ: 03.260.448/0001-32.

BANCO: 341 - ITAU

AGENCIA: 1529

C/C: 49.059-9

VENDEDOR: REGINALDO DE FARIA.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|---------|--------------|--------------|
| 1 | 1 | UNI | IMPRESSORA MULTIFUNCIONAL COLORIDA A LASER - MODELO M5526 | KYOCERA | R\$ 3.699,00 | R\$ 3.699,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 3.699,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO RH SANTA CASA Nº 115/2018 - ORÇAMENTO Nº 090/18.

COTAÇÃO MIKROMIX Nº 2.335-05-2018.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: A VISTA.

LOCAL DE ENTREGA: DEPTO. DE COMPRAS DA SANTA CASA - RUA BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO.

PRAZO DE ENTREGA: IMEDIATA.

07/05/2018

Handwritten signature
José Denilson da Silva
RG 47.801.456-8
Supervisor de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Handwritten signature
Diego Medeiros Lombardi
Analista Financeiro
RG: 44.005.028-5 SSP/SP
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Handwritten signature
Kátia F. S. Nogueira
RG 24.688.895-1
Diretora Administrativa
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1529 / 49059-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 03.260.448/0001-32 |
| Valor: | R\$ 6.737,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MIKROMIX |
| Histórico: | NF 12616 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 08/05/2018 - 14:41:40 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00195333 |
| Chave de segurança: | 2KGZE3N9SLQ4LXTG |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Recebemos de MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA os produtos/serviços constantes na nota fiscal indicada ao lado. Emissão:07/05/18 Valor Tot.:6737,00 Destinatário: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA-RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,15,ILHABELA-SP. | | NF-e N.: 12616 Série: 1 |
| Data de Recebimento | Identificação e assinatura do receptor | |

| | | |
|--|---|---|
| Identificação do Emitente  Sistemas Copiativos Ltda  DEALER AUTORIZADO MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA AV DR MARIO GALVAO,560,JD BELA VISTA,SAO JOSE DOS CAMPOS-SP Telefone:(12)3943-8600, CEP:12209-004 | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 1-Entrada 2-Saída 2 N.: 12616 Série: 1 Página 1/1 | Controle do Fisco  Chave de Acesso 3518 0503 2604 4800 0132 5500 1000 0126 1616 4400 7072 Consulta de autenticidade no portal da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site do SEFAZ autorizada |
| | Natureza de Operação VENDA DE MERCADORIAS | |
| Inscrição Estadual 645.472.556.112 | Inscrição Estadual do Subst.Tributário | CNPJ 03.260.448/0001-32 |

| | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------|--|
| Destinatário/Remetente | | CNPJ/CPF | Data de Emissão |
| Nome/Razão Social SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 50.320.605/0001-38 | 07/05/18 |
| Endereço RUA PADRE BRONISLAU CHERECK,15 | | Bairro CENTRO | CEP 11630-000 |
| Município ILHABELA | Fone/Fax (12)3896-5766 | UF SP | Inscrição Estadual |
| Fatura/Duplicatas A Vista | | | Hora de Entrada/Saída 17:05:37 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--|---------------------|--|--------------------------|--|
| Cálculo do Imposto | | Base de Cálculo do ICMS | | Valor do ICMS | | Base Cálculo do ICMS ST | | Valor do ICMS ST | | Valor Total dos Produtos | |
| | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | | 6737.00 | |
| Valor do Frete | Valor do Seguro | Desconto | Outras Despesas Acessórias | | Valor do IPI | Valor Aprox. Tributos | | Valor Total da Nota | | | |
| 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | | 0.00 | 1294.18 | | 6737.00 | | | |

| | | | | | | |
|---|---------|---|-------------|-----------------|--|---------------------------|
| Transportador/Volumes Transportados | | Frete por Conta de | Código ANTT | Placa Veículo | UF | CNPJ/CPF |
| Razão Social MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA. | | 0-EMITENTE | | | | 03.260.448/0001-32 |
| Endereço AV.DR MARIO GALVAO,560 | | Município SAO JOSE DOS CAMPOS | | UF SP | Inscrição Estadual 645.472.556.112 | |
| Quantidade | Espécie | Marca | Numeração | Peso Bruto | Peso Líquido | |

| Código | Descrição do Produto/Serviço | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UN | Quant | Valor Unitário | Valor Total | B.Calc. ICMS | Valor ICMS | Aliq. ICMS | V. Aprox. Tributos |
|--------|--------------------------------|----------|-------|------|----|-------|----------------|-------------|--------------|------------|------------|--------------------|
| 001107 | TONER KYOCERA M5526CDW BLACK | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 4 | 449,00 | 1796,00 | | | | 345,01 |
| 001109 | TONER KYOCERA M5526CDW CYAN | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 3 | 549,00 | 1647,00 | | | | 316,39 |
| 001110 | TONER KYOCERA M5526CDW MAGENTA | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 3 | 549,00 | 1647,00 | | | | 316,39 |
| 001111 | TONER KYOCERA M5526CDW YELLOW | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 3 | 549,00 | 1647,00 | | | | 316,39 |

RECEBIDO
08/05/18
Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

 José Denilson da Silva
 RG:47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

| | | | | | |
|---------------------|----------------|--------------------------|--|----------------|--|
| Cálculo do ISSQN | | Base de Cálculo ISSQN | | Valor do ISSQN | |
| Inscrição Municipal | 148.873 | Valor Total dos Serviços | | | |

| | |
|--|--|
| Dados Adicionais Informações Complementares AF. No.: 092/2018. DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI, Trib.Aprox.R\$: (485.74) Fed. e (808.44) Est.Fonte IBPT. | Reservado ao Fisco <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 </div> |
|--|--|



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 092/18

FORNECEDOR: MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA.

CNPJ: 03.260.448/0001-32.

BANCO: 341 - ITAU

AGENCIA: 1529

C/C: 49.059-9

VENDEDOR: REGINALDO DE FARIA.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|----------------------------------|---------|------------|--------------|
| 1 | 4 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 5242 K | KYOCERA | R\$ 449,00 | R\$ 1.796,00 |
| 2 | 3 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 5242 M | KYOCERA | R\$ 549,00 | R\$ 1.647,00 |
| 3 | 3 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 5242 Y | KYOCERA | R\$ 549,00 | R\$ 1.647,00 |
| 4 | 3 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 5242 C | KYOCERA | R\$ 549,00 | R\$ 1.647,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 6.737,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO FINANCEIRO SANTA CASA Nº 117/2018 - ORÇAMENTO Nº 091/18.

COTAÇÃO MIKROMIX Nº 2.338-05-2018.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: A VISTA.

LOCAL DE ENTREGA: DEPTO. DE COMPRAS DA SANTA CASA - RUA BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO.

PRAZO DE ENTREGA: IMEDIATA.


José Denilson da Silva
 RG 47.804.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 07.05.18

07/05/2018


Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017


Kátia F. B. Pinheiro
 RG 24.889.891-1 SSP/SP
 Diretora Administrativa
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 07/05/2018

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Banco: | 422 - BANCO SAFRA S/A - 058160789 |
| Conta destino: | 135 / 580160-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | W R DE FREITAS ME |
| CPF/CNPJ: | 10.590.659/0001-07 |
| Valor: | R\$ 59,40 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | W R DE FREITAS ME |
| Histórico: | NF 827 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 10/05/2018 - 09:51:39 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00124047 |
| Chave de segurança: | R567PS8MEM48E6WR |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Recebemos de W.R. DE FREITAS ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada no modelo. | | NF-e Nº 000.000.827 Série 001 |
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|---|--|
| W.R. DE FREITAS ME AVENIDA RIACHULO, 7000 - BEXIGA - ILHABELA - SP Fone: (12)3894-1672 - CEP: 11630-000 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA |  |
| | N° 000.000.827 SÉRIE 001 FOLHA 1/1 | CHAVE DE ACESSO 3518 0310 5906 5900 0107 5500 1000 0008 2710 0044 6590 |
| | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora | |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180210597571 28/03/2018 16:14:58 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 352075802114 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ 10.590.659/0001-07 |

| | | | |
|---|----------|-----------------------------|--------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ / CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL IRMÃNDAS SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILIABELA. | | 50.320.605/0001-38 | 28/03/2018 |
| ENDEREÇO RUA BRONISLAU CHERECK 15., 000 | | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | UF SP | TELEFONE / FAX 3896-6655 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |

| |
|--------------------------------|
| FATURA |
| PAGAMENTO À PRAZO <i>27.04</i> |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|------|-----------------|------|--------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|-------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 0,00 | VALOR DO ICMS | 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBST. | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 59,40 |
| 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 | 59,40 |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---------|-----------------|------------|------------------|--------------|--------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | 0 - EMITENTE | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------|-------|------|-------|-------|----------------|----------------|---------------|--------------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR LÍQUIDO | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQ. % ICMS | ALÍQ. % IPI |
| 0000000000198 | SUORTE TV 14X70 FIXO CANAA | 73269090 | 0500 | 5102 | UN | 3.00 | 19.80 | 0,00 | 59.40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |


 Sêneca M. Macedo S. Pimenta
 Administração
 RG: 1P 721 920
 HOSPITAL MUNICIPAL GOV. MARIO COVAS JR.
 CNES 2747871
 R. PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
 BARRA VELHA - ILHABELA

| | |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 20,36 (34,28%) - Fonte: IBPT | RESERVADO AO FISCO <h2 align="center">INTERVENÇÃO</h2> <h2 align="center">DECRETO 6353/2017</h2> |
|---|---|

Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38

ORDEM DE COMPRA Nº 059/18

FORNECEDOR: W. R. DE FREITAS.

CNPJ: 10.590.659/0001-07.

BANCO: 422 - SAFRA

AGENCIA: 0135

C/C: 580160-2

VENDEDOR: JEFFERSON.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-------|-----------|-----------|
| 1 | 3 | UNI | SUORTE FIXO UNIVERSAL DE PAREDE PARA TV LCD/LED/PLASMA DE 14" A 84" | CANAÃ | R\$ 19,80 | R\$ 59,40 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 59,40

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO SERVIÇO TOMOGRAFIA HMGMCJ Nº 074/2018 - ORÇAMENTO Nº 062/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: HOSPITAL MUN. GOV. MARIO COVAS JUNIOR - RUA PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154 - BARRA VELHA.

PRAZO DE ENTREGA: 01 DIA.

22/03/2018


José Danyson da Silva
RG: 7.801.156-8
Supervisor de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
22.03.18


Gustavo Barboni de Freitas
Interventor
Decreto Municipal 6.612/2017
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


Diego Medeiros Lombardi
Analista Financeiro
RG: 44.005.028-5 SSP/SP
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 7429 / 5538-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DONDI E CIA LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 68.196.591/0001-58 |
| Valor: | R\$ 90,20 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | BOM CUSTO PAPELARIA |
| Histórico: | NF 011242 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 10:34:35 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00129505 |
| Chave de segurança: | 1N1ATFJK3UUZW6ZZ |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|---|--|
| Recebemos de DONDI & CIA LTDA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 27/04/2018 Dest/Rem: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Valor Total: 90,20 | | NF-e Nº 000.011.242 Série 001 |
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|--|--|
| DONDI & CIA LTDA ME AV. PRINCESA ISABEL, 1047 - PEREQUE - ILHABELA - SP Fone: (12)3896-1474 - CEP: 11630-000 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA |  |
| | Nº 000.011.242 SÉRIE 001 FOLHA 1/1 | CHAVE DE ACESSO 3518 0468 1965 9100 0158 5500 1000 0112 4210 0011 2429 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO Lancamento efetuado em decorrência de emissão de documento f | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180284788845 27/04/2018 12:01:10 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 352007630111 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ 68.196.591/0001-58 |

| | | | |
|---|----------|----------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | CNPJ / CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 27/04/2018 |
| ENDEREÇO R. PADRE BRONISLAU CHERECK, 015 | | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | UF SP | TELEFONE / FAX 3896-1710 | DATA DA SAÍDA 27/04/2018 |
| | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA 12:00:56 |


| |
|--|
| FATURA PAGAMENTO A PRAZO - Número: - Valor Original: R\$ 0,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 0,00 |
|--|

| | | | | | |
|---------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. | VALOR DO ICMS SUBST. | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 90,20 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 90,20 |

| | | | | | | |
|--|---------|---------------------------------|-------------|------------------|--------------|--------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | UF | | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE 1 | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------|-------|------|-------|-------|----------------|----------------|-------------|--------------------|------------|-----------|---------|------|
| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ. % | |
| 1912 | GIZ CERA ESTACA ACRILEX | 96091000 | 0500 | 5929 | UN | 5,000 | 4,51 | 0,00 | 22,55 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1912 | GIZ CERA ESTACA ACRILEX | 96091000 | 0500 | 5929 | UN | 5,000 | 4,51 | 0,00 | 22,55 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1912 | GIZ CERA ESTACA ACRILEX | 96091000 | 0500 | 5929 | UN | 5,000 | 4,51 | 0,00 | 22,55 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1912 | GIZ CERA ESTACA ACRILEX | 96091000 | 0500 | 5929 | UN | 5,000 | 4,51 | 0,00 | 22,55 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017



Opmal

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ECF Ref.: (modelo: 2D ECF: 000 COO: 052865) CF(s) de referencia: 52865 SAT No. 212494. Trib aprox R\$: 12,13 Federal, 16,24 Estadual e 0,00 Municipal Fonte: IBPT [F3W1D7] | RESERVADO AO FISCO |
|--|--------------------|



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 076/18

FORNECEDOR: DONDI & CIA LTDA - ME.

CNPJ: 68.196.591/0001-58.

BANCO: 033 - SANTANDER

AGENCIA: 0530

C/C: 13000570-2

VENDEDOR: RAFAEL M. MARTINS.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|---------|----------|-----------|
| 1 | 5 | CX | GIZ DE CERA ESTACA, COR PRETO – CAIXA C/ 12 UNIDADES | ACRILEX | R\$ 4,51 | R\$ 22,55 |
| 2 | 5 | CX | GIZ DE CERA ESTACA, COR AZUL – CAIXA C/ 12 UNIDADES | ACRILEX | R\$ 4,51 | R\$ 22,55 |
| 3 | 5 | CX | GIZ DE CERA ESTACA, COR VERMELHO – CAIXA C/ 12 UNIDADES | ACRILEX | R\$ 4,51 | R\$ 22,55 |
| 4 | 5 | CX | GIZ DE CERA ESTACA, COR VERDE – CAIXA C/ 12 UNIDADES | ACRILEX | R\$ 4,51 | R\$ 22,55 |

IDEAL PARA MARCAR E ESCREVER EM MADEIRA, COURO, BORRACHA, CIMENTO, MÁRMORE, GRANITO, ETC.

VALOR DO PEDIDO: R\$ 90,20

OBSERVAÇÃO: CONFORME SOLICITAÇÃO DE COMPRA DO SUPERVISOR DE EQUIPE SIMULIDEOS, JAIR DOS SANTOS PLACIDO - ORÇAMENTO Nº 069/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: DEPTO. DE COMPRAS DA SANTA CASA - RUA BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO.

PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS UTEIS.


 José Denilson da Silva
 RG 47.898.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 10.04.18


 Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG: 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro

10/04/2018


 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 7429 / 5538-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DONDI E CIA LTDA ME |
| CPF/CNPJ: | 68.196.591/0001-58 |
| Valor: | R\$ 20,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | BOM CUSTO PAPELARIA |
| Histórico: | NF 11202 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 11/05/2018 - 10:38:45 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130441 |
| Chave de segurança: | YE0KYMXTMZLT03YV |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|--|---|--|
| Recebemos de DONDI & CIA LTDA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 18/04/2018 Dest/Rem: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA Valor Total: 20,00 | | NF-e Nº 000.011.202 Série 001 |
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|---|--|
| DONDI & CIA LTDA ME AV. PRINCESA ISABEL, 1047 - PEREQUE - ILHABELA - SP Fone: (12)3896-1474 - CEP: 11630-000 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.011.202 SÉRIE 001 FOLHA 1/1 |  CHAVE DE ACESSO 3518 0468 1965 9100 0158 5500 1000 0112 0210 0011 2024 |
| | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora | |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO Lancamento efetuado em decorrença de emissão de documento f | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180261407021 18/04/2018 16:40:17 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 352007630111 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | CNPJ 68.196.591/0001-58 |

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | CNPJ / CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 18/04/2018 |
| ENDEREÇO R. PADRE BRONISLAU CHERECK, 015 | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | UF SP | TELEFONE / FAX 3896-1710 |
| | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA 16:39:43 |

| |
|---|
| FATURA |
| PAGAMENTO A PRAZO - Número: - Valor Original: R\$ 0,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 0,00 |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00 | VALOR DO ICMS SUBST. 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 20,00 | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 20,00 |

| | | | | | | |
|--|---------|---------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| QUANTIDADE 1 | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------|-------|------|-------|--------|----------------|----------------|-------------|--------------------|------------|-----------|--------|------|------|
| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QTDE. | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ % | | |
| | | | | | | | | | | | | | ICMS | IPI | |
| 6009 | ETIQUETA PIMACO TRANSPARENTE P/CD AVULSA | 48219000 | 0102 | 5929 | PC | 2,000 | 2,00 | 0,00 | 4,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 893 | CANETA RETRO PROJETOR 2,0 PILOT/FABER | 96081000 | 0500 | 5929 | UN | 1,000 | 5,50 | 0,00 | 5,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 894 | CANETA RETRO PROJETOR 1,0 PILOT FABER | 96081000 | 0500 | 5929 | UN | 1,000 | 7,50 | 0,00 | 7,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 4184 | ENVELOPE CD PAPEL BCO | 48171000 | 0500 | 5929 | UN | 10,000 | 0,30 | 0,00 | 3,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | |
|---|--|
| DADOS ADICIONAIS | RESERVADO AO FISCO |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ECF Ref: (modelo: 2D ECF: 000 COO: 050549) CF(s) de referencia:50549 SAT No. 212494.Trib aprox R\$4,91 Federal, 3,18 Estadual e 0,00 Municipal Fonte:IBPT [F3W1D7] | INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 |



Comprovante de transferência eletrônica disponível
Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 2513 / 55324-7 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | DIAS E SARAIVA ARTIGOS ESPORTIVOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 12.132.632/0001-98 |
| Valor: | R\$ 19.509,36 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | DIAS E SARAIVA |
| Histórico: | NF 4592 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 15/05/2018 - 11:28:51 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00144284 |
| Chave de segurança: | GZFC1RH71FVA9AQE |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Recebemos de DIAS E SARAIVA ARTIGOS ESPORTIVOS LTDA EPP os produtos: Página 1138 de 1264 Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | | NF-e Nº 000.004.592 Série 001 |
| DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|--|---|
| DIAS E SARAIVA ARTIGOS ESPORTIVOS LTDA EPP Praça Doutor Joao Mendes, 42, - Centro - Sao Jose dos Campos - SP Fone: (12)3322-1966 - CEP: 12210-170 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº 000.004.592 SÉRIE 001 FOLHA 1/1 |  |
| | | CHAVE DE ACESSO 3518 0512 1326 3200 0198 5500 1000 0045 9213 0849 5510 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros | | 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 135180314926462 - 10/05/2018 10:23:00 | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 645004358118 | INSCRIÇÃO MUNICIPAL | CNPJ 12.132.632/0001-98 |

| | | | |
|--|-----------------|------------------------------------|--|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | CNPJ / CPF | DATA EMISSÃO |
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | 50.320.605/0001-38 | 10/05/2018 |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11.630-000 |
| MUNICÍPIO Ilhabela | UF SP | FONE / FAX (12)3896-5766 | DATA DA SAÍDA / ENTRADA 10/05/2018 |
| | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA / ENTRADA 10:20 |

| | |
|--------------------------|--------------|
| FATURA/DUPLICATAS | |
| Número | 001 |
| Vencimento | 20/05/2018 |
| Valor R\$ | R\$19.509,36 |


| | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------|------------------|-----------|
| CALCULO DO IMPOSTO | | | | | | | | | |
| BASE DE CALC ICMS | VALOR ICMS | BASE CALC ICMS ST | VALOR ICMS SUBST | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | VALOR FCP | VALOR PIS | V. TOTAL PRODUTO | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 | 19.509,36 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | V. ICMS UF DEST. | V. TOTAL TRIB. | VALOR COFINS | V. TOTAL DA NOTA | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | R\$0,00 | 0,00(0,00%) | 0,00 | 0,00 | 19.509,36 |

| | | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------|-------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA | CODIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ / CPF |
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | 1 - FOB | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| QUANTIDADE 0 | ESPÉCIE Volumes | MARCA S/M | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 0,000 KG | PESO LÍQUIDO 0,000 KG | |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | | | | | | | | | | | | ALÍQUOTAS | |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------|-------|------|----|-------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| COD. PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM / SH | CSOSN | CFOP | UN | QUANT | VALOR UN | VALOR TOTAL | B.C. ICMS | VAL. ICMS | VALOR IPI | ICMS | IPI |
| 21729 | TAPETE INFANTIL COLORIDO | 95069100 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$108,00 | R\$864,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22231 | KIT DENTISTA INFANTIL | 95030099 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$59,90 | R\$479,20 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 15323 | CUBO DE BRINQUEDOS | 95030099 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$69,99 | R\$559,92 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22235 | LIVRO DE HISTORIAS INFANTIL | 49019900 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$69,90 | R\$559,20 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22233 | ALINHAVOS EM MDF NUMERAL 0 A 9 | 95030080 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$69,90 | R\$559,20 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22237 | PAINEL PSICOMOTOR | 95030099 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$1.230,00 | R\$9.840,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 20425 | BRINQUEDO EDUCATIVO ARAMADO | 95030080 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$58,00 | R\$464,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 13859 | KIT MEDICO INFANTIL | 95030099 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$24,99 | R\$199,92 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 22241 | CAIXA DE BRINQUEDOS TIPO LEGO | 95030098 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$489,00 | R\$3.912,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 13269 | GANGORRA CAVALINHO | 95089090 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$89,99 | R\$719,92 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 21617 | PAINEL PORTA LIVRO | 95030099 | 0103 | 5102 | UN | 8,00 | R\$169,00 | R\$1.352,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 | 0,00 | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

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

| | |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Val Aprox dos Tributos Fed: R\$ 3016,62 Est: R\$ 3411,03 Mun: R\$ 0,00 Fonte:IBPT 5oi7eW Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples nacional. ORDEM DE COMPRA 080 -18 B BRASIL AG 2513-5 CONTA 55324-7 | RESERVADO AO FISCO  Lillian Dias dos Santos Cavalcante RG 44.643.674-4 Pedagoga do NASF |
|---|---|



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 080/18

FORNECEDOR: DIAS & SARAIVA ARTIGOS ESPORTIVOS LTDA - EPP.
 CNPJ: 12.132.632/0001-98.
 BANCO: 001 - BRASIL
 VENDEDOR: DIAS.

AGENCIA: 2513-5

C/C: 55324-7

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-------------------------|--------------|--------------|
| 1 | 8 | KIT | TAPETE INFANTIL COLORIDO EM EVA COM CORDA DE ACABAMENTO KIT COM 9 PEÇAS LAVAVEIS DE ENCAIXE, 50X50X1 CM, 10 MM | EVA | R\$ 108,00 | R\$ 864,00 |
| 2 | 8 | CX | CAIXA DE BRINQUEDO TIPO LEGO, PEÇAS CRIATIVAS | LEGO CLASSIC REF. 10698 | R\$ 489,00 | R\$ 3.912,00 |
| 3 | 8 | UNI | CUBO COM FORMAS GEOMÉTRICAS DE ENCAIXAR, MATERIAL PLÁSTICO, RECOMENDADO PARA CRIANÇAS A PARTIR DE 18 MESES | HASBRO | R\$ 69,99 | R\$ 559,92 |
| 4 | 8 | UNI | GANGORRA INFANTIL EM FORMATO DE ANIMAL, EM MATERIAL POLIETILENO, MEDIDAS APROXIMADAS 0,90 X 0,28 X 0,45 – COMP X LAR X ALT | LIG LIG | R\$ 89,99 | R\$ 719,92 |
| 5 | 8 | KIT | KIT MEDICO INFANTIL BRINQUEDO EM MATERIAL PLÁSTICO COLORIDO, RECOMENDADO A PARTIR DE 03 ANOS | TOYS | R\$ 24,99 | R\$ 199,92 |
| 6 | 8 | KIT | KIT MALETA DENTISTA INFANTIL BRINQUEDO EM MATERIAL PLÁSTICO COLORIDO, RECOMENDADO A PARTIR DE 03 ANOS | TOYS | R\$ 59,90 | R\$ 479,20 |
| 7 | 8 | UNI | BRINQUEDO EDUCATIVO ARAMADO | LIG LIG | R\$ 58,00 | R\$ 464,00 |
| 8 | 8 | UNI | PAINEL PORTA LIVRO, COLORIDO, MATERIAL DE TECIDO E PLÁSTICO LAVÁVEL; DIMENSÕES 0,70 X 0,50 CM ALT X LAR | LIG LIG | R\$ 169,00 | R\$ 1.352,00 |
| 9 | 8 | UNI | PAINEL PSICOMOTOR | DICA | R\$ 1.230,00 | R\$ 9.840,00 |
| 10 | 8 | UNI | ALINHAVOS EM MDF, NUMERAL 0 A 9 | LIG LIG | R\$ 69,90 | R\$ 559,20 |
| 11 | 8 | KIT | LIVRO DE HISTORIA INFANTIL – KIT C/ 04 LIVROS DE DIFERENTES HISTORIAS OBS: KIT PODE SER MONTADO PERSONALIZADO | LIG LIG | R\$ 69,90 | R\$ 559,20 |

VALOR TOTAL DO PEDIDO: R\$ 19.509,36

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO NASF/COORDENAÇÃO PSF Nº 382/18 - ORÇAMENTO SANTA CASA Nº 079/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: **A VISTA**

LOCAL DE ENTREGA: SECRETARIA MUN. DE SAÚDE - A/C PEDAGOGA LILLIAN - RUA PREF. MARIANO PROC. DE ARAUJO CARVALHO, 86 - PEREQUE.

PRAZO DE ENTREGA: 20 DIAS.


 José Denilson da Silva
 RG: 7.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 19.04.18.


 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 19/04/2018

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 74593.18007 93482.034001 00007.077241 1 75270000234084 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO CITIBANK S/A |
| Código do Banco: | 745 |
| Código do ISPB: | 33479023 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | PHILIPS MEDICAL SYST |
| Nome/Razão Social: | PHILIPS MEDICAL SYST |
| CPF/CNPJ: | 58.295.213/0001-78 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHAB |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 17/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 17/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 2.340,84 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



745-5

74593 18007 93482 034001 00007 077241 1 75270000234084

| | | | | |
|--|----------------------------|---|-------------|----------------------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL NA REDE BANCARIA ATE VENCIMENTO | | | | |
| Cedente / Beneficiário PHILIPS MEDICAL SYST AV TAMBORE 1400/1440 BOX 31 A 33 | | CNPJ 58.295.213/0001-78 06460-000 SP | | |
| Data Documento 17/04/2018 | Nº Documento 081079-001 | Espécie Doc. DMI | Aceite N | Data Processamento 19/04/2018 |
| Uso do Banco RCO | Carteira 00180 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor x |

Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente / Beneficiário)

MORA P/DIA DE ATRASO: R\$ *****0,78
 APOS VENCTO, MULTA DE *2,00 %

Recebimento através do cheque nº do Banco
 Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco Sacado / Pagador.

APOS VENCTO ACESSE WWW.CITIBANK.COM.BR/BOLETOS OU LIGUE 0800-7018701/
 11 2135-9510 E OBTENHA BOLETO PAGAVEL EM QUALQUER BANCO.

| | |
|--|---------------------------------|
| Sacado / Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHAB RUA PADRE BRONISLAU CHERECH 15 11630-000 ILHABELA - SP | CNPJ 50320605/0001-38 CENTRO |
|--|---------------------------------|

Sacador / Avalista:

Recibo do Sacado / Pagador

Autenticação Mecânica



745-5

74593 18007 93482 034001 00007 077241 1 75270000234084

| | | | | |
|--|----------------------------|---|-------------|----------------------------------|
| Local de Pagamento PAGAVEL NA REDE BANCARIA ATE VENCIMENTO | | | | |
| Cedente / Beneficiário PHILIPS MEDICAL SYST AV TAMBORE 1400/1440 BOX 31 A 33 | | CNPJ 58.295.213/0001-78 06460-000 SP | | |
| Data Documento 17/04/2018 | Nº Documento 081079-001 | Espécie Doc. DMI | Aceite N | Data Processamento 19/04/2018 |
| Uso do Banco RCO | Carteira 00180 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor x |

Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente / Beneficiário)

MORA P/DIA DE ATRASO: R\$ *****0,78
 APOS VENCTO, MULTA DE *2,00 %

APOS VENCTO ACESSE WWW.CITIBANK.COM.BR/BOLETOS OU LIGUE 0800-7018701/
 11 2135-9510 E OBTENHA BOLETO PAGAVEL EM QUALQUER BANCO.

| | | |
|--|---------------------------------|--------|
| Sacado / Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHAB RUA PADRE BRONISLAU CHERECH 15 11630-000 ILHABELA - SP | CNPJ 50320605/0001-38 CENTRO | 001757 |
|--|---------------------------------|--------|

Sacador / Avalista:

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 4694 / 106779-6 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | E L S MORAES FERRAGENS ME |
| CPF/CNPJ: | 10.214.035/0001-87 |
| Valor: | R\$ 2.094,60 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | E L S MORAES FERRAGENS |
| Histórico: | NF |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 16:00:41 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00174772 |
| Chave de segurança: | R1JLV27SZ594RZEX |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Center par
Tel.:(12) 3896-3223
Av. Força Expedicionária
Brasileira, 13- Ilha Bela-SP

Vendedor: JUNIOR Venda: 200878006
Data: 17/04/2018
Cliente: SANTA CASA DA MISERICORDIA
Hora: 15:37

| Cod. | Descricao | Valor Unt. | Valor Item |
|-------|-----------------|------------|---------------|
| 16732 | LIMA P/ENXADA 8 | | |
| 60 x | | R\$ 14,86 | = R\$ 891,60 |
| 4639 | FACAO 18 FAM | | |
| 30 x | | R\$ 40,10 | =R\$ 1.203,00 |

Total Bruto: R\$ 2.094,60
Desc: R\$ 0,00
Total Liquido: R\$ 2.094,60
Troco: R\$ 0,00
Itens: R\$ 2,00

| Tipo de Pagto. | Nº Parc. | Valor Parc. |
|----------------|----------|-------------|
| CONTA CORRENTE | 1 x | 0 |

Obrigado Volte Sempre!!!



leia aqui

| | | |
|--|---|---------------------------|
| RECEBEMOS DE PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-e |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.006.544 Série 1 |

| | | |
|---|---|---|
| E.L.S MORAES FERRAGENS ME  AVENIDA PRINCESA ISABEL N. 1598 Compl. . PEREQUE - 11630-000 ILHABELA / SP FONE: (12)3896-5258 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0- ENTRADA 1- SAÍDA 1 Nº 000.006.544 Série 1 Folha 1 de 1 |  Chave de Acesso 3518 0410 2140 3500 0187 5500 1000 0065 4410 0006 5444 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora |
| | NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 352073980116 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 10.214.035/0001-87 |

| | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DA MISERICORDIA DE ILHABELA | CNPJ / CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DE EMISSÃO 17/04/2018 |
| ENDEREÇO PADRE BRONISLAU SCHREK, 15 | BAIRRO / DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 |
| MUNICÍPIO ILHABELA | FONE / FAX (12)3896-1111 | UF SP |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | DATA DE SAÍDA / ENTRADA 16:31:01 |

FATURA
 PAGAMENTO À VISTA *16.05.18*

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.614,80 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 520,20 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 2.094,60 |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|-------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | |
| NOME / RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO | FRETE POR CONTA 0 - Emitente | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF | CNPJ / CPF |
| MUNICÍPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |
| QUANTIDADE 0 | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 0,000 | PESO LIQUÍDO 0,000 |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QTDE. | V.UNIT | V. DESC. | V. TOTAL | BC. ICMS | V. ICMS | V. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|--------|--------------------------------|----------|-------|------|-------|-------|--------|----------|----------|----------|---------|--------|------------|-----------|
| 16732 | LIMA P | 82031010 | 0102 | 5102 | UN | 60 | 27,36 | 326,58 | 1.841,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00% | 0,00% |
| 7663 | FAÇAO CORNETA 18 | 82019000 | 0500 | 5405 | PC | 30 | 32,44 | 193,62 | 973,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00% | 0,00% |

RECEBIDO
02/05/18
Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Osmair Luiz de Almeida

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

| | |
|--|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Trib aprox R\$: 407,67 Fed, 412,27 Est e 0,00 Mun R\$ 819,94(31,36%) de tributos Fonte: IBPT [W7M9E1] DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS NO VALOR DE R\$123,78 CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE 7,54%, NOS TERMOS DO ART. 23 DA LC 123 | RESERVADO AO FISCO <div style="text-align: center;"> INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017 </div> |
|--|---|



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 061/18

FORNECEDOR: E.L.S. MORAES FERRAGENS - ME.

CNPJ: 10.214.035/0001-87.

BANCO: 001 - BRASIL

AGENCIA: 4694-9

C/C: 6779-2

VENDEDOR: EVERTON HENRIQUE.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|---------|------------|--------------|
| 1 | 5 | CX | LIMA CHATA 8", SEM CABO, PARA ENXADA – CAIXA C/ 12 UNIDADES | K&F | R\$ 178,32 | R\$ 891,60 |
| 2 | 30 | UNI | FACÃO 18" COM BAINHA | CORNETA | R\$ 40,10 | R\$ 1.203,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 2.094,60

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO SESMT Nº 02/2018 - ORÇAMENTO Nº 063/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: DEPTO. DE COMPRAS DA SANTA CASA - RUA BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO.

PRAZO DE ENTREGA: 07 DIAS.

03/04/2018

Handwritten signature of José Denilson da Silva
 José Denilson da Silva
 RG: 7.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 03.04.18

Handwritten signature of Diego Medeiros Lombardi
 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Handwritten signature of Gustavo Barboni de Freitas
 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.57353 33516.647196 50831.470005 1 75300000150000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | MAURICIO MITSUO MIDOR INF ME |
| Nome/Razão Social: | MAURICIO MITSUO MIDOR INF ME |
| CPF/CNPJ: | 05.284.442/0001-20 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MI DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 20/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 21/05/2018 |
| Valor Nominal do Boletto: | 1.500,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Valor Calculado (R\$): | 1.500,00 |
| Valor Pago (R\$): | 1.500,00 |
| Identificação do Pagamento: | MAURICIO MITSUO NF 38805 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 10:51:35 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 41210408 |
| Chave de segurança: | WUM6XGGTJ61H9EW7 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Cobrança Expressa - Emissão de Boletto



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

| | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO | | | | | Vencimento 20/05/2018 |
| Beneficiário MAURICIO MITSUO MIDOR INF ME CNPJ 05.284.442/0001-20 | | | | | Agência/Código Beneficiário 7195/08314-7 |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista RUA RUBIAO JUNIOR 367 CENTRO SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12210-180 | | | | | |
| Data do documento 17/04/2018 | No. Do documento 38805 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Processamento 17/04/2018 | Nosso Número 157/35335166-4 |
| Uso do Banco | Carteira 157 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 1.500,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE.....R\$ 30,00 REFERENTE A NOTA FISCAL N DE 38805 NOSSO SISTEMA NAO RECONHECE PAGAMENTOS VIA DEPOSITOS OU TRASNFERENCIAS | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| | | | | | |
| Pagador: SANTA CASA DE MI DE ILHABELA | | | CNPJ/CPF 50320605000138 | | |
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | | 11630-000 CENTRO ILHABELA SP | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | |

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57353 33516.647196 50831.470005 1 75300000150000

| | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO | | | | | Vencimento 20/05/2018 |
| Beneficiário MAURICIO MITSUO MIDOR INF ME CNPJ 05.284.442/0001-20 | | | | | Agência/Código Beneficiário 7195/08314-7 |
| Endereço Beneficiário / Sacador Avalista RUA RUBIAO JUNIOR 367 CENTRO SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12210-180 | | | | | |
| Data do documento 17/04/2018 | No. Do documento 38805 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Processamento 17/04/2018 | Nosso Número 157/35335166-4 |
| Uso do Banco | Carteira 157 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 1.500,00 |
| Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE.....R\$ 30,00 REFERENTE A NOTA FISCAL N DE 38805 NOSSO SISTEMA NAO RECONHECE PAGAMENTOS VIA DEPOSITOS OU TRASNFERENCIAS | | | | | (-) Descontos/Abatimento |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| | | | | | |
| Pagador: SANTA CASA DE MI DE ILHABELA | | | CNPJ/CPF 50320605000138 | | |
| Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | | 11630-000 CENTRO ILHABELA SP | | |
| Sacador/Avalista: | | | | | |

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



MAURICIO MITSUO MIDORIKAWA INFORMATICA ME

R RUBIAO JUNIOR,367
CENTRO - 12210-180
SAO JOSE DOS CAMPOS - SP
Fone/Fax: (12) 3911-9205

Página 1149 de 1264

DANFEDOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.038.805
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

35180405284442000120550010000388051232490780

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135180257078145 - 17/04/2018 12:57:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645440450110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

05.284.442/0001-20

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

CNPJ / CPF

50.320.605/0001-38

DATA DA EMISSÃO

17/04/2018

ENDEREÇO

RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

11630-000

DATA DA SAÍDA

17/04/2018

MUNICÍPIO

ILHABELA

UF

SP

FONE / FAX

3896-5766

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

12:56:26

FATURA / DUPLICATA

| | | | | | | | | | |
|-------|--------------|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| Num. | 60729 | Num. | | Num. | | Num. | | Num. | |
| Venc. | 20/05/2018 | Venc. | | Venc. | | Venc. | | Venc. | |
| Valor | R\$ 1.500,00 | Valor | | Valor | | Valor | | Valor | |

CÁLCULO DO IMPOSTO

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.500,00 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL DO IPI |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA |
| | | | | 1.500,00 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | |
|---------------------|----------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA 0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| | 0 | | | | |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | |
| | | | | | |
| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
| | | | | 0,00 | 0,00 |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CSOSN | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|----------------|--------------------------------|----------|---------|------|----|-------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|
| TK 5142 C | Cartucho de toner TK 5142 C | 84439933 | 0500 | 5405 | PC | 1,00 | 375,0000 | 375,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | |
| TK 5142 M | Cartucho de toner TK 5142 M | 84439933 | 0500 | 5405 | PC | 1,00 | 375,0000 | 375,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | |
| TK 5142 Y | Cartucho de toner TK 5142 Y | 84439933 | 0500 | 5405 | PC | 1,00 | 375,0000 | 375,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | |
| TK5142K | Cartucho de toner TK 5142-K | 84439933 | 0500 | 5405 | PC | 1,00 | 375,0000 | 375,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | |

RECEBIDO
20/04/18
Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aprox Tributos Fed R\$244,64(16,31%) Est R\$180,00(12,00%) Fonte: IBPT.Lei 12741/2012..Atendente:CRIS / SOLICITANTE
DENILSON / ORDEM DE COMPRA 056/18

RESERVADO AO FISCO

BAIXE O XML NO SITE: <http://www.vapnet.com.br/xml>SOLUÇÃO: www.vapnet.com.br

RECEBEMOS DE MAURICIO MITSUO MIDORIKAWA INFORMATICA ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: VALOR TOTAL: R\$ 1.500,00 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA - RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO ILHABELA-SP

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DANFENº. 000.038.805
Série 001



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 016/18

FORNECEDOR: MAURICIO MITSUO MIDORIKAWA INFORMATICA - ME
 CNPJ: 05.284.442/0001-20
 BANCO: BOLETO AGENCIA: C/C:
 VENDEDOR: CRISTIANE CHAGAS

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|----------------------------------|----------|------------|------------|
| 1 | 2 | UNI | TONER KYOCERA ORIGINAL TK 5142 K | KYOCERAA | R\$ 375,00 | R\$ 750,00 |
| 2 | 2 | UNI | TONER KYOCERA ORIGINAL TK 5142 M | KYOCERAA | R\$ 375,00 | R\$ 750,00 |
| 3 | 2 | UNI | TONER KYOCERA ORIGINAL TK 5142 C | KYOCERAA | R\$ 375,00 | R\$ 750,00 |
| 4 | 2 | UNI | TONER KYOCERA ORIGINAL TK 5142 Y | KYOCERAA | R\$ 375,00 | R\$ 750,00 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 3.000,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO CENTRO DE ESPECIALIDADE Nº 019/18.
 CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.
 LOCAL DE ENT: "DEP. COMPRAS" R. PADRE BRONISLAU CHERECK,15 CENTRO ILHABELA
 PRAZO DE ENTREGA: 02 DIAS

ORÇ 15/18

19/01/2018


José Denilson da Silva
 RG 47.891.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 19.01.18


Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1013 / 27907-2 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | BENEDITO ADEMIR SILVERIO 80143628887 |
| CPF/CNPJ: | 22.515.049/0001-10 |
| Valor: | R\$ 498,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | BENEDITO ADEMIR SILVERIO |
| Histórico: | NF 075 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 21/05/2018 - 10:22:47 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00136767 |
| Chave de segurança: | ZKANGEXJE8U2RTTL |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

| | | |
|---|---|------------------------|
| RECEBEMOS DE BENEDITO ADEMIR SILVERIO 80143628887 OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-e Nº 000.000.075 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | SÉRIE: 1 |

| | | |
|---|--|--|
| BENEDITO ADEMIR SILVERIO 80143628887 RUA BENEDITO WENCESLAU DE JESUS, 73 - - ÁGUA BRANCA, Ilhabela, SP - CEP: 11630000 - Fone/Fax: 1238966116 | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.000.075 SÉRIE: 1 Página 1 de 1 | CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3518 0422 5150 4900 0110 5500 1000 0000 7519 4805 0208 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |
| | NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180268182579 - 20/04/2018 17:29 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 352030872115 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. | CNPJ 22.515.049/0001-10 |

| | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 20/04/2018 |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 | DATA DE ENTRADA/SAÍDA 20/04/2018 |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | HORA DE ENTRADA/SAÍDA 17:23 |

FATURA
 PAGAMENTO À VISTA *21.05.18*

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 498,00 |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA 498,00 |

| | |
|--|----------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | |
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA 9 - Sem Frete |
| ENDEREÇO | MUNICÍPIO |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE |
| MARCA | NUMERAÇÃO |
| PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------|------|------|-------|--------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
| 001 | CARIMBO AUTOENTINTADO NYKON 3 LINHAS 14X38 Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 0,00 | 96110000 | 0400 | 5101 | U | 9,0000 | 34,0000 | 306,00 | | | | | |
| 002 | CARIMBO AUTOENTINTADO NYKON 4 a 5 LINHAS Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 0,00 | 96110000 | 0400 | 5101 | U | 4,0000 | 48,0000 | 192,00 | | | | | |

RECEBIDO
23/04/18
Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
Fábio V. R. H.

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN | | | |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL 8811 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |

| | |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Informações Adicionais de Interesse do Fisco: ORDEM DE COMPRA 053-1/2018 | RESERVADO AO FISCO <div style="text-align: center;">INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017</div> |
|---|---|

Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38

ORDEM DE COMPRA Nº 053-1/18

FORNECEDOR: BENEDITO ADEMIR SILVERIO 80143628887.

CNPJ: 22.515.049/0001-10

BANCO: 237 - BRADESCO

AGENCIA: 1013-8

C/C: 27907-2

VENDEDOR: ANA MARIA.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-------|-----------|------------|
| 1 | 9 | UNI | CARIMBO AUTOMÁTICO DE CAIXINHA – 03 LINHAS | NYKON | R\$ 34,00 | R\$ 306,00 |
| 2 | 4 | UNI | CARIMBO AUTOMÁTICO DE CAIXINHA – 04 a 05 LINHAS | NYKON | R\$ 48,00 | R\$ 192,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 498,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME SOLICITAÇÃO DA COORDENAÇÃO PSF E NASF, MEMO CAPS Nº 006/2018, ATENÇÃO SECUNDARIA Nº 44/2018, COORDENAÇÃO DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA Nº 10/2018 E PSF Nº 303/18 - ORÇAMENTO Nº 045/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

LOCAL DE ENTREGA: SETOR DE COMPRAS DA SANTA CASA - RUA BRONISLAU CHERECK, 15 - CENTRO.

PRAZO DE ENTREGA: ATÉ 05 DIAS.

12/04/2018

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de Pagamento de Boleto**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Recebedor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23793.38011 95000.003681 36003.453705 9 75360000717000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|-----------------------|
| Data do Vencimento: | 26/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 24/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 7.170,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 7.170,00 |
| Valor Pago (R\$): | 7.170,00 |
| Identificação do Pagamento: | PROD TEXTEIS SAO JOSE |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 24/05/2018 11:58:50 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 44137647 |
| Chave de segurança: | 1HT1MZ2GE4E5NLWT |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------------|---|
| BRADERSCO | | 237 - 2 | 23793.38011 95000.003681 36003.453705 9 75360000717000 | | | |
| Local Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO BRADERSCO S/A, APOS O VENCIMENTO, SOMENTE NO BANCO BRADERSCO S/A | | | | | | Vencimento 26/05/2018 |
| Beneficiário PRODUTOS TEXTEIS SÃO JOSÉ INDUSTRIA E COMERCIO EIRELI: 23.996.166/000 AV. DO PARQUE, 154, PARQUE INDUSTRIAL 14940-000 - IBITINGA - SP | | | | | | Agência/Cod. Beneficiário 3380-1/34537-7 Nosso Número 19/50000036836 2 |
| Data do Documento 23/04/2018 | N do Documento 5087-A | Esp. Doc DM | Aceite N | Data Movto 23/04/2018 | (=)Valor Documento 7.170,00 | |
| Uso do Banco | Carteira 19 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (-)Desconto/Abatimento | |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Cobrar mora de R\$ 23,90 por dia de atraso. Protestar após 05 dias de vencido | | | | | | (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado |
| Pagador: SANTA CASA DE MIS DE ILHABELA R PADRE BRONISLAU CHERECK,15, centro 11630-000 Ilhabela SP | | | CNPJ/ CPF : 50.320.605/0001-38 | | | |
| Sacador/Avalista: PRODUTOS TEXTEIS SÃO JOSÉ INDUSTRIA E C CNPJ/ CPF : 23.996.166/0001-05 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------|--|--------------------------|--------------------------------|---|
| BRADERSCO | | 237 - 2 | 23793.38011 95000.003681 36003.453705 9 75360000717000 | | | |
| Local Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO BRADERSCO S/A, APOS O VENCIMENTO, SOMENTE NO BANCO BRADERSCO S/A | | | | | | Vencimento 26/05/2018 |
| Beneficiário PRODUTOS TEXTEIS SÃO JOSÉ INDUSTRIA E COMERCIO EIRELI: 23.996.166/000 AV. DO PARQUE, 154, PARQUE INDUSTRIAL 14940-000 - IBITINGA - SP | | | | | | Agência/Cod. Beneficiário 3380-1/34537-7 Nosso Número 19/50000036836 2 |
| Data do Documento 23/04/2018 | N do Documento 5087-A | Esp. Doc DM | Aceite N | Data Movto 23/04/2018 | (=)Valor Documento 7.170,00 | |
| Uso do Banco | Carteira 19 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (-)Desconto/Abatimento | |
| Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do cedente) Cobrar mora de R\$ 23,90 por dia de atraso. Protestar após 05 dias de vencido | | | | | | (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor Cobrado |
| Pagador: SANTA CASA DE MIS DE ILHABELA R PADRE BRONISLAU CHERECK,15, centro 11630-000 Ilhabela SP | | | CNPJ/ CPF : 50.320.605/0001-38 | | | |
| Sacador/Avalista: PRODUTOS TEXTEIS SÃO JOSÉ INDUSTRIA E C CNPJ/ CPF : 23.996.166/0001-05 | | | | | | |



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação
Corte Aqui

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | |
|--|---|----------------------------|---|
| São José PRODUTOS TEXTEIS SÃO JOSÉ EIRELI - ME Av DO PARQUE, 154 - PQ INDUSTRIAL CEP 14940-000 - IBITINGA - SP Fone: 16 33414061 / 16 33415046 | DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/> N° 000005087 Série: 1 PAGINA1 | |  CHAVE DE ACESSO 3518 0423 9961 6600 0105 5500 1000 0050 8717 6481 3959 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da sefaz Autorizada |
| | NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de produção do estabelecimento | | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135180271024750 23/04/2018 12:39:18 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 344096920119 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ 23.996.166/0001-05 | |

| | | | |
|--|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MIS DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 23/04/2018 |
| ENDEREÇO R PADRE BRONISLAU CHERECK 15 - | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | DATA DE SAÍDA/ENTRADA 23/04/2018 |
| CEP 11.630-000 | MUNICÍPIO ILHABELA | FONE/FAX 123896-5766 | UF SP |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL | | HORA DE SAÍDA 12:37:00 | |

| | | |
|---------------|------------|----------|
| FATURA | | |
| 000005087-A | 26/05/2018 | 7.170,00 |

| | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|------------------|--------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | VALOR DO ICMS | BASE CÁLC ICMS ST | VALOR ICMS ST | VALOR ICMS DESON | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | |
| 7.170,00 | 1.290,60 | | | | 7.170,00 | |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA | |
| | | | | | 7.170,00 | |

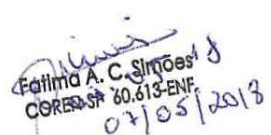
| | | | | | | |
|--|---------|---|------------------|------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL TRANSPORTADORA PLIMOR LTDA - BAURU | | FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 2 - TERCEIROS 1 - DESTINATARIO 9 - SEM FRETE <input checked="" type="checkbox"/> | CÓDIGO ANTT 0 | PLACA DO VEÍCULO | UF SP | CNPJ/CPF 88.085.485/0062-26 |
| ENDEREÇO Rod Marechal Rondon S/N | | MUNICÍPIO BAURU | | INSCRIÇÃO ESTADUAL 209364638111 | | |
| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |
| | VOLUMES | | | | | |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|----------|-----|-------|-------|--------|------------|-------|-----------|----------|----------|---------|------------|-----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | DESC. | VLR TOTAL | BC ICMS | VLR ICMS | VLR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| 05 01.02.00075 | LENÇOL SABIE SOLTEIRO EM SUPREMO BRANCO MED. 1.60 X 2.50 COM SILK NO CENTRO DA PEÇA | 63023100 | 000 | 5.101 | UN | 300,00 | 23,9000 | | 7.170,00 | 7.170,00 | 1.290,60 | | 18,00 | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

CÁLCULO DO ISSQN

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

| | |
|---|---|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Ped Int.: JUL15260401 - Vendedor: 136 - JULIANA (JU) ATENÇÃO AO LOCAL DE ENTREGA: RUA PROFESSOR MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS N°154 CIDADE ILHA BELA CEP:11.630-000 SP Total de ICMS interestadual para UF destinatário: 0 FECCOEP:143,4 Total de ICMS interestadual para UF emiteente: 0 050:74/38 | RESERVADO AO FISCO  |
|---|---|

CC-e - CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICACNPJ/CPF EMITENTE
23.996.166/0001-05NF-e ORGÃO TIPO EVENTO
0000005087 SP 110110SEQ EVENTO VERSÃO EVENTO
2 1.00CHAVE DE ACESSO NF-e
35180423996166000105550010000050871764813959PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135180285754146CPF/CNPJ DESTINATÁRIO
50.320.605/0001-38**TEXTO DA CARTA DE CORREÇÃO**Peso Bruto 143,40
Peso Líquido 143,40
Quantidade de Volumes 6**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**Fatima A.C. Simões
COREN-SP 60.613-ENF**CONDIÇÕES DE USO DA CARTA DE CORREÇÃO**

A Carta de Correção é disciplinada pelo parágrafo 1º-A do art. 7º do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com:

I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação;

II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário;

III - a data de emissão de saída.



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 074/18

FORNECEDOR: PRODUTOS TEXTEIS SÃO JOSÉ EIRELE

CNPJ: 23.996.166/0001-05

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: MAURO

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-------|---|-------|-----------|--------------|
| 1 | 300 | PEÇAS | LENCOL 180 FIOS - LENCOL 180 A 200 FIOS, 100% ALGODÃO (2,50 COMPRIMENTO X 1,60 LARGURA) TAMANHO 160 X 250 CM - COR BRANCA | SABIE | R\$ 23,90 | R\$ 7.170,00 |

OBS: TODAS AS PEÇAS DEVEM SER ESTAMPAMDA EM SILK COM O LOGO DO HOSPITAL MARIO COVAS JUNIOR CONFORME ACORDADO NO ORÇAMENTO

VALOR DO PEDIDO R\$ 7.170,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HOSPITAL MARIO COVAS JUNIOR Nº166/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

ORÇ 077/18

LOCAL DE ENTREGA: RUA PROFESSOR MALAQUIAS DE OLIVERIA FREITAS Nº 154 BARRA VELHA

PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS

Handwritten signature of José Denilson da Silva
 José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 10.04.18.

10/04/2018
Handwritten signature of Rafael Carlos Silva de Oliveira
 Rafael Carlos Silva de Oliveira
 RG 41.943.453-7
 Encarregado de Controle Financeiro

Handwritten signature of Gustavo Barbani de Freitas
 Gustavo Barbani de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 237 - BANCO BRADESCO S/A - 060746948 |
| Conta destino: | 1013 / 27985-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ILABELA SHOPPING DA CONSTRUCAO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 10.450.572/0001-26 |
| Valor: | R\$ 98,52 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | ILABELA SHOPPING |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 28/05/2018 - 13:03:14 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00153785 |
| Chave de segurança: | JU9445Q1YPM9Q2JC |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



HOSPITAL MARIO COVAS JUNIOR

Av. Professor Malaquias de Oliveira Freitas, nº 154

Barra Velha - Tel/Fax: 3895-3520

e-mail: hospital@ilhabela.sp.gov.br

Secretaria
da Saúde

Ilhabela

Ilhabela, 04 de maio de 2018.

Memo nº 227/2018

De: Hospital Mário Covas Jr

Para: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA

SR. GUSTAVO BARBONI

INTERVENTOR SCMI

Assunto: compra de Lâmpada negra

Prezado Senhor,

Solicito compra de 02 Lâmpadas Luz Negra, para confecção de caixa de visualização de higienização correta das mãos, para realização da Campanha Higiene das Mãos.

Grata


Sandra M^a Macedo Santana Pinheiro
Administração HMCJ

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

ILHABELA SHOPPING DA CONSTRUCAO LTDA - EPP

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 2320 BARRA VELHA

ILHABELA - SP - CEP: 11630-000

CNPJ: 05.992.969/0001-00

IE: 352068461118

Fone: (12) 3895-8445

Fax: () -

ORÇAMENTO Nº 000010007118**1/1****Cliente:** SANTA CASA MISERICORDIA ILHABELA**Código:** 00000001**Fantasia:** SANTA CASA MISERICORDIA ILHABELA**Fone:** (12) 3896-1710**Endereço:** RUA PADRE BRONISLAU CHERECK , 15**Bairro:** CENTRO**Município:** ILHABELA**C.E.P.:** 11630-000**CNPJ/CPF:** 50.320.605/0001-38**IE/RG:****Cond.Pag:** A VISTA

001 - A VISTA (DINHEIRO)

Form.Pag.: 001 - DINHEIRO (A VISTA)

| EF | EMP | CÓDIGO | DESCRIÇÃO / REFERÊNCIA | LEG | UNID. | QUANTIDADE | VR. UNIT | VR. TOTAL |
|----|-----|--------|---|-----|-------|------------|----------|-----------|
| N | 001 | 10706 | LAMP.COMP.ELETR.3U LUZ NEGRA 26WX127V TASCHIBRA 11030045 | A | UN | 2,00 | 49,26 | 98,52 |

TOTAL: 98,52**Vendedor:** 055 - GABRIELA PIROVIC**Volume:** 0,00**Peso Bruto:** 0,000**Total Produtos:** 98,52**Profissional:** -**Região:** -**Data Previsão:** 24/05/2018 **Data Emissão:** 24/05/2018 **Hora:** 12:27:59**NCM:** A: 85393100**Mensagem:****End.Entrega:** RUA PADRE BRONISLAU CHERECK , 15 - Bairro: CENTRO - ILHABELA - CEP: 11630-000**Mens. Exp.:****Transportadora:** - FONE: () -

CEP: - -

Valor do Frete: 0,00 Sem Frete**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 23791.01302 98144.000001 04002.788109 1 75420000199530 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO BRADESCO S/A |
| Código do Banco: | 237 |
| Código do ISPB: | 60746948 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | WASS MATERIAIS PARA CONSTRUCAO |
| Nome/Razão Social: | W. A. S. SOUZA - ME |
| CPF/CNPJ: | 22.861.235/0001-00 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | WASS MATERIAIS PARA CONSTRUCAO |
| CPF/CNPJ: | 22.861.235/0001-00 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 01/06/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 29/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 1.995,30 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | |
|------------------------------------|---------------------|
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 1.995,30 |
| Valor Pago (R\$): | 1.995,30 |
| Identificação do Pagamento: | WAS SOUZA ME NF 094 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 29/05/2018 10:19:49 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 49080022 |
| Chave de segurança: | HGZFT3NWA36YTSC7 |



Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--------------------|---|---|
|  Bradesco 237-2 | | 23791.01302 98144.000001 04002.788109 1 75420000199530 | | | |
| Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso. | | | | | Vencimento 01/06/2018 |
| Beneficiário W. A. S. SOUZA - ME CPF/CNPJ: 022.861.235/0001-00 RUA GERSON PERES DE ARAUJO, 423 - BARRA VELHA 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 01013/27881-5 |
| Data do Doc. 24/05/2018 | Nº do documento 159 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Proces. 24/05/2018 | Nosso número 09/81/440000004-2 |
| Uso do Banco Carteira 9 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor/Percentual | (=) Valor do documento 1.995,30 | |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CNPJ/CPF: 050.320.605/0001-38 RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, N 15 - 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | |  |
| Sacador avalista: N?o informado | | | | | Recibo do Pagador |

Autenticação Mecânica

| | | | | | |
|--|-------------------------------|--|--------------------|---|---|
|  Bradesco 237-2 | | 23791.01302 98144.000001 04002.788109 1 75420000199530 | | | |
| Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso. | | | | | Vencimento 01/06/2018 |
| Beneficiário W. A. S. SOUZA - ME CPF/CNPJ: 022.861.235/0001-00 RUA GERSON PERES DE ARAUJO, 423 - BARRA VELHA 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | | Agência/Código Beneficiário 01013/27881-5 |
| Data do Doc. 24/05/2018 | Nº do documento 159 | Espécie doc. DM | Aceite N | Data Proces. 24/05/2018 | Nosso número 09/81/440000004-2 |
| Uso do Banco Carteira 9 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor/Percentual | (=) Valor do documento 1.995,30 | |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) ** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** JUROS POR DIA DE ATRASO1,33 APOS 01.06.2018 MULTA39,90 COBRAR MULTA E JUROS APOS O VENCIMENTO. INSTRUCAO AUTOMATICA DE PROTESTO APOS O 5 DIA DO VENCIMENTO. | | | | | (-) Descontos/Abatimentos |
| | | | | | (-) Outras Deduções |
| | | | | | (+) Mora/Multa |
| | | | | | (+) Outros Acréscimos |
| | | | | | (=) Valor Cobrado |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA CNPJ/CPF: 050.320.605/0001-38 RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, N 15 - 11630-000 - ILHABELA - SP | | | | |  |
| Sacador avalista: N?o informado | | | | | Ficha de Compensação |

Autenticação Mecânica



SAC - Serviço de Apoio ao Cliente

Alô Bradesco
0800 704 8363

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099

Cancelamentos, 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.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | |
|---|---|----------------|
| RECEBEMOS DE W A S SOUZA ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-e |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.000.094 |
| | | SÉRIE: 4 |

| | | |
|--|--|--|
|  <p>W A S SOUZA ME</p> <p>R GERSON PERES DE ARAUJO, 423 - - BARRA VELHA, Ilhabela, SP - CEP: 11630000 - Fone/Fax: 1238951284</p> | <p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada 1 - Saída 1</p> <p>Nº 000.000.094 SÉRIE: 4 Página 1 de 1</p> | <p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO 3518 0522 8612 3500 0100 5500 4000 0000 9410 1000 7120</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p> |
| | NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 352031726118 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUHST. TRIB. | CNPJ 22.861.235/0001-00 |

| | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | DATA DA EMISSÃO 24/05/2018 | |
| ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 - | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | CEP 11630-000 | DATA DE ENTRADA/SAÍDA 24/05/2018 | |
| MUNICÍPIO Ilhabela | FONE/FAX | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE ENTRADA/SAÍDA 15:16 |

FATURA

PAGAMENTO À VISTA


| | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.995,30 | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 1.995,30 |

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

| DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|------|------|-------|----------|------------|------------|---------|-----------|----------|------------|-----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| 2362 | BACIA COM CAIXA ACOPLDA LOGASA BRANCO | 69109000 | 0400 | 5405 | PC | 1,0000 | 249,9000 | 249,90 | | | | | |
| 1001 | BLOCO CERAMICO 11,5X19X29 | 69041000 | 0400 | 5405 | UN | 700,0000 | 1,2800 | 896,00 | | | | | |
| 01245 | FECHADURA W.C 2800/31 | 83014000 | 0400 | 5102 | UN | 1,0000 | 39,9000 | 39,90 | | | | | |
| CPAEL000010 | ELETRODUTO REFORÇADO AMARELO 3/4 -DN - 50M | 39172300 | 0400 | 5102 | RL | 1,0000 | 49,5000 | 49,50 | | | | | |
| 0301000017 | COLUNA 3/8 (CA-50-9X14) 03 MTS | 73142000 | 0400 | 5405 | PC | 10,0000 | 76,0000 | 760,00 | | | | | |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

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

| | |
|---|--|
| DADOS ADICIONAIS | |
| <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>EMPRESA SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO DE ICMS</p> <p>Informações Adicionais de Interesse do Fisco: ORDEM DE COMPRA 104-2/2018.</p> | <p>RESERVADO AO FISCO</p> <p style="text-align: center;">  Antonio Donizete Gonçalves RG: 14.125.560-2 Coordenador de Manutenção/SMS </p> |



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 104-2/18

FORNECEDOR: W.A.S.SOUZA -ME

CNPJ: 22.861.235/0001-00

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: WELITON

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|---------|------------|------------|
| 1 | 10 | BR | COLUNA DE FERRO 9X14 FERRO 3/8 ESTRIVO 3/16; 3 METROS | | R\$ 76,00 | R\$ 760,00 |
| 2 | 1 | RL | CONDUITE CORRUGADO 25MM AMARELO ROLO DE 50 METROS | AMANCO | R\$ 49,50 | R\$ 49,50 |
| 3 | 1 | UNI | FECHADURA STAM B2411 WCU | ALIANÇA | R\$ 39,90 | R\$ 39,90 |
| 4 | 700 | UNI | TIJOLO BAIA 11,5X19X29 | | R\$ 1,28 | R\$ 896,00 |
| 5 | 1 | UNI | VASO SANITARIO C/ CAIXA ACOPLADA | LOCASA | R\$ 249,90 | R\$ 249,90 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 1.995,30

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HMMCJNR (MANUTENÇÃO) Nº 247/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 07 dias

ORÇ 98/18

LOCAL DE ENT: PROFESSOR MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS - Nº 154 - B BARRA VELHA

PRAZO DE ENTREGA: 01 DIAS

22/05/2018


 José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 22.05.18

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 104-2/18

FORNECEDOR: ~~MADEREIRA CATARINENSE~~ *Alterada*

CNPJ: 17.801.920/0001-01

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: WELITON

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|---------|------------|------------|
| 1 | 10 | BR | COLUNA DE FERRO 9X14 FERRO 3/8 ESTRIVO 3/16; 3 METROS | | R\$ 76,00 | R\$ 760,00 |
| 2 | 1 | RL | CONDUITE CORRUGADO 25MM AMARELO ROLO DE 50 METROS | AMANCO | R\$ 49,50 | R\$ 49,50 |
| 3 | 1 | UNI | FECHADURA STAM B2411WCU | ALIANÇA | R\$ 39,90 | R\$ 39,90 |
| 4 | 700 | UNI | TIJOLO BAIA11,5X19X29 | | R\$ 1,28 | R\$ 896,00 |
| 5 | 1 | UNI | VASO SANITARIO C/ CAIXA ACOPLADA | LOCASA | R\$ 249,90 | R\$ 249,90 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 1.995,30

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO HMMCJNR (MANUTENÇÃO) Nº 247/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 07 dias

ORÇ 98/18

LOCAL DE ENT: PROFESSOR MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS - Nº 154 - B BARRA VELHA

PRAZO DE ENTREGA: 01 DIAS

22/05/2018

Jose Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 22.05.18

Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Substituto
 Kátia F. S. Nogueira
 RG 24.688.404-4
 Diretora Administrativa
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 24/5/18

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 1529 / 49059-9 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 03.260.448/0001-32 |
| Valor: | R\$ 15.597,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MIKROMIX |
| Histórico: | NF 12704 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 30/05/2018 - 14:15:40 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00179101 |
| Chave de segurança: | YLANAV58KHACX2HK |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Data de Emissão: 30/05/18
Identificação e Assinatura do Emissor: *[Assinatura]*

38036111111111111111
A3 11111111111111111111
RG 1P 731 999



MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA
AV. DR. MARIO GALVAO, 560, JD. BELA VISTA, SAO JOSE DOS CAMPOS-SP
Telefone: (12) 3943-8600, CEP: 12209-004

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
1-Entrada: 2
2-Saída: 2
N.: 12704
Série: 1
Página 1/1

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3518 0503 2604 4800 0132 5500 1000 0127 9416 1743 4725
Consulta de autenticidade no portal do NFe
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ autorizada

Natureza da Operação: **VENDE DE MERCADORIAS**
Inscrição Estadual: **645.472.556.112**
Inscrição Estadual do Subst. Tributaria: **03.260.448/0001-32**
Protocolo de Automação de Uso: **135180360730542 30/05/18 12:05:32**
CPF: **03.260.448/0001-32**

Destinatário Remitente
Nome do Contribuinte: **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA**
CNPJ/CPF: **50.320.605/0001-38**
Data de Emissão: **30/05/18**
Endereço: **RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15**
Bairro: **CENTRO**
CEP: **11630-000**
Município: **ILHABELA**
UF: **SP**
Inscrição Estadual: **03.260.448/0001-32**
Data de Emissão: **30/05/18**
Data de Fechamento: **12:00:17**

Forma de Pagamento: **A Vista**

| Cálculo do Imposto | | Base de Cálculo do ICMS | | Valor do ICMS | | Base de Cálculo do ICMS ST | | Valor do ICMS ST | | Valor Total dos Produtos | |
|--------------------|------|-------------------------|------|---------------|------|----------------------------|------|------------------|------|--------------------------|-----------------|
| Valor do Frete | 0,00 | Valor do Seguro | 0,00 | Desconto | 0,00 | Outras Despesas Acessórias | 0,00 | Valor do IPI | 0,00 | Valor Aprox. Tributos | 2996,17 |
| | | | | | | | | | | | 15597,00 |
| | | | | | | | | | | | 15597,00 |

Transportador/Volumes Transportados
Razão Social: **MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA.**
Frete por Conta de: **0-EMITENTE**
Código ANTT: **0**
Placa Veículo: **0**
UF: **SP**
CNPJ/CPF: **03.260.448/0001-32**
Endereço: **AV. DR. MARIO GALVAO, 560**
Município: **SAO JOSE DOS CAMPOS**
UF: **SP**
Inscrição Estadual: **645.472.556.112**

| Código | Descrição do Produto/Serviço | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UN | Quant | Valor Unitário | Valor Total | B Calc. ICMS | Valor ICMS | Aliq. ICMS | Valor Total |
|--------|-------------------------------|----------|-------|------|----|-------|----------------|-------------|--------------|------------|------------|-------------|
| 001061 | TONER KYOCERA TK 5142 BLACK | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 2 | 512,00 | 1024,00 | | | | 1024,00 |
| 001062 | TONER KYOCERA TK 5142 CYAN | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 2 | 527,00 | 1054,00 | | | | 1054,00 |
| 001063 | TONER KYOCERA TK 5142 MAGENTA | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 2 | 527,00 | 1054,00 | | | | 1054,00 |
| 001064 | TONER KYOCERA TK 5142 YELLOW | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 2 | 527,00 | 1054,00 | | | | 1054,00 |
| 000753 | TONER KYOCERA TK 582 BLACK | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 4 | 425,00 | 1700,00 | | | | 1700,00 |
| 000805 | TONER KYOCERA TK 8307 CYAN | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 5 | 519,00 | 2595,00 | | | | 2595,00 |
| 000803 | TONER KYOCERA TK 8307 BLACK | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 5 | 489,00 | 2445,00 | | | | 2445,00 |
| 000804 | TONER KYOCERA TK 8307 MAGENTA | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 5 | 519,00 | 2595,00 | | | | 2595,00 |
| 000806 | TONER KYOCERA TK 8307 YELLOW | 84439933 | 0500 | 5405 | UN | 4 | 519,00 | 2076,00 | | | | 2076,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Cálculo do ISSQN
Inscrição Municipal: **148.873**
Valor Total dos Serviços: **148.873**
Base de Cálculo ISSQN: **148.873**
Valor do ISSQN: **148.873**

Dados Adicionais
Informações Complementares: **ORDEM DE COMPRA No. 113/18. DADOS BANCARIOS: BANCO ITAU(341)-AGENCIA: 1529 -C.CORRENTE: 49.059-9. DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI. Trib. Aprox. RS: (1124.53) Fed. e (1871.64) Est. Fonte: IBPT.**



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 113/18

FORNECEDOR: MIKROMIX SISTEMAS COPIATIVOS LTDA.

CNPJ: 03.260.448/0001-32.

BANCO: 341 - ITAU

AGENCIA: 1529

C/C: 49.059-9

VENDEDOR: REGINALDO DE FARIA.

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|----------------------------------|---------|------------|--------------|
| 1 | 4 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA 582 K | KYOCERA | R\$ 425,00 | R\$ 1.700,00 |
| 2 | 2 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA 5142 K | KYOCERA | R\$ 512,00 | R\$ 1.024,00 |
| 3 | 2 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA 5142 C | KYOCERA | R\$ 527,00 | R\$ 1.054,00 |
| 4 | 2 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA 5142 M | KYOCERA | R\$ 527,00 | R\$ 1.054,00 |
| 5 | 2 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA 5142 Y | KYOCERA | R\$ 527,00 | R\$ 1.054,00 |
| 6 | 5 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 8307 K | KYOCERA | R\$ 489,00 | R\$ 2.445,00 |
| 7 | 5 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 8307 C | KYOCERA | R\$ 519,00 | R\$ 2.595,00 |
| 8 | 4 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 8307 Y | KYOCERA | R\$ 519,00 | R\$ 2.076,00 |
| 9 | 5 | UNI | TONER ORIGINAL KYOCERA TK 8307 M | KYOCERA | R\$ 519,00 | R\$ 2.595,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 15.597,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMO SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA E ADM HMGMCJ 265/2018 - ORÇAMENTO Nº 107/18.

COTAÇÃO MIKROMIX Nº 2.353-05-2018.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: A VISTA.

LOCAL DE ENTREGA: HOSPITAL MUN. GOV. MARIO COVAS JUNIOR - RUA PROFESSOR MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154 - BARRA VELHA.

PRAZO DE ENTREGA: IMEDIATA.

Jose Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 29.05.18

BARBOSA

29/05/2018

Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Material de Equipamento e Proteção Individual

MAIO / 2018



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 00190.00009 01447.671601 61712.145111 5 75220004577094 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANCO DO BRASIL S/A |
| Código do Banco: | 001 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | FBF COMERCIO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA |
| Nome/Razão Social: | FBF COMERCIO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 08.921.482/0001-24 |
| Beneficiário Final | |
| Nome/Razão Social: | FBF COMERCIO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA |
| CPF/CNPJ: | 08.921.482/0001-24 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 12/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 11/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 45.770,94 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 45.770,94 |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

11/05/2018

In_ter:net---bank.ing---CAIXA
Página 1173 de 1264

Valor Pago (R\$): 45.770,94

Identificação do Pagamento: FBF COMERCIO NF 28244

Data/hora da operação: 11/05/2018 11:05:18

Código da operação: 31155907

Chave de segurança: RUFKH9CQ5XPMN1EV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|------------------------------|-------------|--------------------------------------|
| BANCO DO BRASIL | | 001-9 | 00190.00009 01447.671601 61712.145111 5 75220004577094 | | | |
| Beneficiário FBF COMERCIO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA | | Vencimento 12/05/2018 | | Valor documento 45.770,94 | | |
| Endereço do Beneficiário RUA FLORENCIO DE ABREU 367 ---- 01029-000 SAO PAULO SP - CNPJ 08.921.482/0001-24 | | | | | | |
| (-) Desconto / Abatimento | | (-) Outras deduções | | (+) Mora / Multa | | (+) Outros acréscimos |
| Data do documento 12/04/2018 | | Nº do documento 0028244001 | | Tipo do doc. DM | Aceite N | Data processam. 16/04/2018 |
| Uso do banco 14.133-X | | Carteira VINC | Moeda RS | Quantidade | x Valor | Nosso número AI 14476716061712145 |
| Nome do Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL | | CGC 50.320.605/0001-38 | | | | |
| Endereço R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | | | | | |
| Município ILHABELA | | | | | UF SP | CEP 11630-000 |
| Sacador / Avalista | | | | | | |
| Instruções de responsabilidade do Beneficiário | | | | | | |



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

Autenticação mecânica - Recibo do Pagador

Via cliente

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|--|--------------------|--------------------------------------|
| BANCO DO BRASIL | | 001-9 | 00190.00009 01447.671601 61712.145111 5 75220004577094 | | | |
| Local de pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO. | | Vencimento 12/05/2018 | | Agência / Código Beneficiário 0386-7 / 14.133-X | | |
| Beneficiário FBF COMERCIO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA | | Data do documento 12/04/2018 | | Nº do documento 0028244001 | Tipo do doc. DM | Aceite N |
| Uso do banco 14.133-X | | Carteira VINC | Moeda RS | Quantidade | x Valor | Nosso número AI 14476716061712145 |
| Instruções | | JUROS POR UM DIA: RS 77,81 | | (-) Valor documento 45.770,94 | | |
| PROTESTO: 22/05/2018. A PARTIR DESSA, CONSULTE BB P/ PGTO | | PROTESTAR APOS 10 DIAS CORRIDOS | | (-) Desconto / Abatimento | | |
| | | | | (-) Outras deduções | | |
| | | | | (+) Mora / Multa | | |
| | | | | (+) Outros acréscimos | | |
| | | | | (-) Valor cobrado | | |
| Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABEL R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 11630-000 ILHABELA - SP | | CGC 50.320.605/0001-38 | | Sacador / Avalista | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Autenticação mecânica - Ficha de compensação



| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
|  <p>FBF COM DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA RUA FLORENCIO DE ABREU, nº 367 CENTRO - SÃO PAULO - SP FONE:(11)3311-1099 - CEP: 01029-000 www.fbfequipamentos.com.br - faturamento.fbf@gmail.com</p> | | <p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>Saída: 1 Entrada: 2</p> <p>Nº 000028244 SÉRIE: 1 Folha: 01/02</p> | |  | |
| TURNO DA OPERAÇÃO MODALIDADE DE MERCADORIA. | | CNPJ 08.921.482/0001-24 | | CHAVE DE ACESSO 35.1804.08.921.482/0001-24-55-001-000.028.244-183.061.305-5 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 9-726-691.114 | | INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO | | 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 135.180.246.184.135 12/04/2018 13:58:48 | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------|--|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | | | 1012788 | | CNPJ/CPF 50.320.605/0001-38 | | DATA DA EMISSÃO 12/04/2018 | |
| ENDEREÇO PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | | BAIRRO/DISTRITO CENTRO | | CEP 11630-000 | | DATA DE SAÍDA/ENTRADA | |
| INÍCIO ILHABELA | | | FONE/FAX (12)3896-6655 | | UF SP | | INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO | |
| | | | | | | | HORA DE SAÍDA | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| QUANTIDADE 28244/01 12/05/18 45.770,94 P | | | | | |
| | | | | | |


| | | | | | |
|---------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | | VALOR DO ICMS | | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 45.770,94 | |
| VALOR DO FRETE | | VALOR DO SEGURO | | VALOR TOTAL DA NOTA 45.770,94 | |
| DESCONTO | | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS | | VALOR APROX. TRIBUTOS | |
| | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|--|-------|-------------|---------------------|--------------------|---------------------|----|-----------------------|----------|--|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL | | | FRETE POR CONTA 1-Emitente 2-Destinatário | | CÓDIGO ANTT | | PLACA DO VEÍCULO | | UF | | CNPJ/CPF | |
| ENDEREÇO | | | MUNICÍPIO | | UF | | INSCRIÇÃO ESTADUAL | | | | | |
| QUANTIDADE 8 | | ESPÉCIE VOLUMES | | MARCA | | NUMERAÇÃO 063/18 | | PESO BRUTO 0,000 | | PESO LÍQUIDO 0,000 | | |

| CDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | UNID | CFOP | QTDE | VLR. UNIT. | DESC | VLR. TOTAL | BC. ICMS | VLR. ICMS | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI | VALOR TRIBUT |
|--------|---|----------|------|------|-------|------|------------|------|------------|----------|-----------|------------|-----------|--------------|
| 124-33 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 33 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 30 | 45,63 | 0,00 | 1.368,90 | | | | | |
| 124-34 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 34 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 30 | 45,63 | 0,00 | 1.368,90 | | | | | |
| 124-35 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 35 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 60 | 45,63 | 0,00 | 2.737,80 | | | | | |
| 124-36 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 36 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 60 | 45,63 | 0,00 | 2.737,80 | | | | | |
| 124-37 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 37 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 60 | 45,63 | 0,00 | 2.737,80 | | | | | |
| 124-38 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 38 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 60 | 45,63 | 0,00 | 2.737,80 | | | | | |
| 124-39 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 39 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 50 | 45,63 | 0,00 | 2.281,50 | | | | | |
| 124-40 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 40 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 50 | 45,63 | 0,00 | 2.281,50 | | | | | |
| 124-41 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 41 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 35 | 45,63 | 0,00 | 1.597,05 | | | | | |
| 124-42 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 42 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 35 | 45,63 | 0,00 | 1.597,05 | | | | | |
| 124-43 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 43 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 10 | 45,63 | 0,00 | 456,30 | | | | | |
| 124-44 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 44 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 10 | 45,63 | 0,00 | 456,30 | | | | | |
| 124-45 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 45 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 5 | 45,63 | 0,00 | 228,15 | | | | | |
| 124-46 | SAPATO SOFT WORK BRANCO - 46 | 64019200 | 0102 | PR | 5.102 | 5 | 45,63 | 0,00 | 228,15 | | | | | |
| 714-35 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 35 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 15 | 54,99 | 0,00 | 824,85 | | | | | |
| 714-36 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 36 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 15 | 54,99 | 0,00 | 824,85 | | | | | |
| 714-37 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 37 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 15 | 54,99 | 0,00 | 824,85 | | | | | |
| 714-39 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 39 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 35 | 54,99 | 0,00 | 1.924,65 | | | | | |
| 714-40 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 40 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 60 | 54,99 | 0,00 | 3.299,40 | | | | | |
| 714-41 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 41 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 45 | 54,99 | 0,00 | 2.474,55 | | | | | |

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

Entrega:
 Cobrança:
DADOS ADICIONAIS

| | | | |
|---|--|--|--|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ID-5: BD3F5DE44C471119AC711FBEE6F6ED3 C.C.063/18 DOCUMENTO EMITIDO POR OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL PERMITE O APROVEITAMENTO DO CRÉDITO DE ICMS NO VALOR DE R\$0.00 CORRESPONDENTE À ALÍQUOTA DE 3.85%, NOS TERMOS DO ART. 23 DA LC 123/06 | | RESERVADO AO FISCO  | |
|---|--|--|--|

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



FBF COM DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA
 RUA FLORENCIO DE ABREU, nº 367
 CENTRO - SÃO PAULO - SP
 FONE:(11)3311-1099 - CEP: 01029-000
 www.fbfequipamentos.com.br - faturamento.fbf@gmail.com

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 ENDA DE MERCADORIA.

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 49-726-691.114

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ
 08.921.482/0001-24

Página 1176 de 1264
 DANFE

Documento Auxiliar da
 Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
 Entrada: 2

1

Nº 000028244
 SÉRIE: 1
 Folha: 02/02



CHAVE DE ACESSO

35.1804.08.921.482/0001-24-55-001-000.028.244-183.061.305-5

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135.180.246.184.135 12/04/2018 13:58:48

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|----------|------|----|-------|----|--------|------|----------|--|--|--|--|--|
| 14-42 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 42 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 80 | 54,99 | 0,00 | 4.399,20 | | | | | |
| 14-43 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 43 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 40 | 54,99 | 0,00 | 2.199,60 | | | | | |
| 14-44 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 44 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 20 | 54,99 | 0,00 | 1.099,80 | | | | | |
| 14-46 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 46 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 6 | 54,99 | 0,00 | 329,94 | | | | | |
| 79 | CINTO PARAQ AT 7033 GRE 5 ARGOLAS - U | 63072000 | 0102 | PC | 5.102 | 5 | 195,00 | 0,00 | 975,00 | | | | | |
| 144 | TALABARTE EM Y AT FITA 707 YFT 2 MOSQ 55MM ABS - U | 63072000 | 0102 | PC | 5.102 | 5 | 110,00 | 0,00 | 550,00 | | | | | |
| 105 | CAPACETE MSA BRANCO C/ JUGULAR - U | 65061000 | 0102 | PC | 5.102 | 25 | 38,30 | 0,00 | 957,50 | | | | | |
| 173-P | CINTURAO ABDOMINAL LOMBAR - P | 63079090 | 0102 | PC | 5.102 | 5 | 29,90 | 0,00 | 149,50 | | | | | |
| 173-M | CINTURAO ABDOMINAL LOMBAR - M | 63079090 | 0102 | PC | 5.102 | 10 | 29,90 | 0,00 | 299,00 | | | | | |
| 173-G | CINTURAO ABDOMINAL LOMBAR - G | 63079090 | 0102 | PC | 5.102 | 10 | 29,90 | 0,00 | 299,00 | | | | | |
| 173-GG | CINTURAO ABDOMINAL LOMBAR - GG | 63079090 | 0102 | PC | 5.102 | 5 | 29,90 | 0,00 | 149,50 | | | | | |
| 14-38 | BOTINA ESTIVAL ELASTICO BICO PVC C.A 27851 - 38 | 64039190 | 0102 | PR | 5.102 | 25 | 54,99 | 0,00 | 1.374,75 | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 063/18

FORNECEDOR: FBF CEMERCIO DE EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS LTDA

CNPJ: 08.921.482/0001-24

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: SAMUEL

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|---|-----------|-----------|--------------|
| 1 | 60 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 33/34 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 2.737,80 |
| 2 | 120 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 35/36 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 5.475,60 |
| 3 | 120 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 37/38 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 5.475,60 |
| 4 | 100 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 39/40 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 4.563,00 |
| 5 | 70 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 41/42 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 3.194,10 |
| 6 | 20 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 43/44 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 912,60 |

Boatman INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017

| | | | | | | |
|----|----|-----|---|-----------|-----------|------------|
| 7 | 10 | PAR | Calçado ocupacional de uso profissional tipo tênis fechado na parte do calcanhar e na parte superior, confeccionado em EVA na cor branca, solado de borracha, antiderrapante, resistente ao escorregamento em piso cerâmico com solução de glicerol, resistente ao óleo combustível, tamanho 45/46 | SOFT WORK | R\$ 45,63 | R\$ 456,30 |
| 8 | 15 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos, tamanho. 35 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 824,85 |
| 9 | 15 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 36 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 824,85 |
| 10 | 15 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 37 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 824,85 |

Barbosa

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | |
|----|----|-----|--|---------|-----------|--------------|
| 11 | 25 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 38 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 1.374,75 |
| 12 | 35 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 39 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 1.924,65 |
| 13 | 60 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 40 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 3.299,40 |
| 14 | 45 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 41 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 2.474,55 |

Barbani

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | |
|----|----|-----|--|---------|-----------|--------------|
| 15 | 80 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos; tamanho 42 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 4.399,20 |
| 16 | 40 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos, tamanho 43 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 2.199,60 |
| 17 | 20 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos, tamanho 44 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 1.099,80 |
| 18 | 6 | PAR | Bota de segurança, com bico de PVC;Confeccionada em couro com curtimento atravessado, 1,8/2,0 mm linhas de espessura;Fechamento em elástico, forração em tecido não tecido transpirável, palmilha de montagem em E.V.A fixada/costurada junto ao cabedal (processo Strobel), solado em PU Bidensidade bicolor com sistema de absorção de impacto, injetado diretamente ao cabedal; Característica e aplicabilidade: Proteção dos pés do usuário contra impactos de quedas de objetos sobre osartelhos, contra agentes abrasivos e escoriantes e contra choques elétricos, tamanho 46 CA 27851 | ESTIVAL | R\$ 54,99 | R\$ 329,94 |

Barbosa

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | |
|----|----|-----|--|---------|------------|------------|
| 19 | 5 | UNI | <p>Cinturão de segurança tipo paraquedista / abdominal confeccionado em fita de poliéster. Possui duas argolas em "D" para conexão dorsal e Peitoral utilizados contra quedas, duas argolas em "D" para conexão lateral (trabalho de posicionamento) e uma argola em "D" para conexão umbilical (trabalho de suspensão "resgate").</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolchoado na lombar e nas pernas. - Fivelas duplas para ajustes no suspensório, na cintura e nas pernas. - Possui duas alças nas laterais para porta ferramentas. | ATHENAS | R\$ 195,00 | R\$ 975,00 |
| 20 | 5 | UNI | <p>Talabarte "Y" de Segurança possui fita de poliéster (fita plana) com 43 mm de largura, dois conectores classe A (ancoragem) com abertura de 55 mm, um conector classe T (terminal) com abertura de 17 mm e ABS. Talabarte: Utilizado para retenção de quedas em movimentação vertical e horizontal.</p> <p>ABS: função de dissipar a carga de choque que se origina na desaceleração da queda.</p> | ATHENAS | R\$ 110,00 | R\$ 550,00 |
| 21 | 25 | UNI | <p>Capacete tipo aba frontal; cor BRANCO Injetado em plástico, com fendas laterais (slot para acoplagem de acessórios); Com dois tipos de suspensão, uma composta de carneira injetada em plástico, com peça absorvente de suor em espuma de poliéster e coroa composta de duas cintas com regulagem de tamanho através de ajuste simples, a outra suspensão possui coroa composta de duas cintas cruzadas montadas em quatro "clips" de plástico e regulagem de tamanho através de cremalheira; Possui jugular confeccionada em tecido;</p> <p>Classe A e B; Testado e aprovado pelas normas ABNT NBR 8221/1983;</p> <p>Este EPI possui certificação compulsória. CA 498</p> | M.S.A | R\$ 38,30 | R\$ 957,50 |
| 22 | 30 | UNI | <p>cinta ergonômica ideal para a segurança da coluna e parte lombar do usuário. Permite o alinhamento perfeito da coluna evitando lesões, podendo carregar peso com toda proteção necessária. As cintas são testadas e atendem as normas nacionais e internacionais de segurança. ainda pensou no conforto do trabalhador, trazendo diferentes tamanhos para um ajuste perfeito, P, M, G e XG. Esse modelo possui um suspensório cruzado e elástico reforçado. ajuda a reduzir o estresse e tensão de volta com um projeto tão único é patenteado, seu apoio de três partes é a chave para um sistema que fornece o máximo de apoio para trás com facilidade de movimento.</p> <p>Alto desempenho o cinto oferece suporte completo e apto para a maioria dos usuários de pequeno a grande porte.</p> | MAZOLA | R\$ 29,90 | R\$ 897,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Barbieri

VALOR DO PEDIDO R\$ 45.770,94

OBS: CONF. MEMO Nº 02 E 04/18 SESMT (SERVIÇO ESP. DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO).
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA. ORÇ 064/18
LOCAL DE ENT: R. PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 CENTRO ILHABELA CEP: 11.630-000
PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS

27/03/2018


José Donilson da Silva
RG: 47.801.156-8
Supervisor de Compras
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
27.03.18


Diego Medeiros Lombardi
Analista Financeiro
RG: 44.005.028-5 SSP/SP
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


Gustavo Barboni de Freitas
Interventor
Decreto Municipal 6.612/2017
Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

GRUPO:

MATERIAIS REEMBOLSÁVEIS – MATERIAIS E MEDICAMENTOS

SUBGRUPO:

**HEMODERIVADOS/MATERIAL
LABORATÓRIO**

MAIO / 2018



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 34191.09016 02845.510946 00820.840007 8 75120000812500 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | ITAU UNIBANCO S.A. |
| Código do Banco: | 341 |
| Código do ISPB: | 60701190 |
| Beneficiário original / Cedente | |
| Nome Fantasia: | AIMARA COM E REPR LTDA |
| Nome/Razão Social: | AIMARA COM E REPR LTDA |
| CPF/CNPJ: | 57.202.418/0001-07 |
| Pagador Sacado | |
| Nome/Razão Social: | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|------------|
| Data do Vencimento: | 02/05/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 02/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 8.125,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Valor Calculado (R\$): | 8.125,00 |
| Valor Pago (R\$): | 8.125,00 |
| Identificação do Pagamento: | AIMARA NF 33983 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 17:42:56 |
|-------------------------------|---------------------|


| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22783176 |
| Chave de segurança: | QMLAR198JAAWP41W |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|--|
| BANCO ITAÚ | | 341-7 | | Recibo do Pagador | | | |
| Local de Pagamento APÓS O VENCIMENTO, PAGAMENTO SOMENTE NO ITAÚ. | | | | | | Vencimento 02/05/2018 | |
| Beneficiário AIMARA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA | | | | | | Agência/Código do Beneficiário 0940/08208-4 | |
| Endereço do Beneficiário AVENIDA ESTADOS UNIDOS, 429 - 13040-099 - JD NOVA EUROPA - CAMPINAS - SP | | | | | | CNPJ do Beneficiário 57.202.418/0001-07 | |
| Data do Documento 02/04/2018 | Número do Documento 33983/1 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 02/04/2018 | Nosso Número 109/01028455-1 | | |
| Uso do Banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 8.125,00 | | |
| Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) Protestável após 7 dias do vencimento Juros de 0,15% ao dia de atraso. | | | | | | (-) Desconto/Abatimento | |
| | | | | | | (-) Outras Deduções | |
| | | | | | | (+) Mora/Multa | |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos | |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado | |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, 11630-000 CENTRO ILHABELA SP | | | | | | CPF/CNPJ do Pagador 50.320.605/0001-38 | |
| Sacador/ Avalista: | | | | | | Código de Baixa 109/01028455-1 | |
| Recebimento através do cheque n.º. do banco | | | | | | Autenticação Mecânica | |
| Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------|--|---|--|--|
| BANCO ITAÚ | | 341-7 | | 34191.09016 02845.510946 00820.840007 8 75120000812500 | | | |
| Local de Pagamento APÓS O VENCIMENTO, PAGAMENTO SOMENTE NO ITAÚ. | | | | | | Vencimento 02/05/2018 | |
| Beneficiário AIMARA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA - CNPJ: 57.202.418/0001-07 | | | | | | Agência/Código do Beneficiário 0940/08208-4 | |
| Endereço do Beneficiário AVENIDA ESTADOS UNIDOS, 429 - 13040-099 - JD NOVA EUROPA - CAMPINAS - SP | | | | | | CNPJ do Beneficiário 57.202.418/0001-07 | |
| Data do Documento 02/04/2018 | Número do Documento 33983/1 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data do Processamento 02/04/2018 | Nosso Número 109/01028455-1 | | |
| Uso do Banco | Carteira 109 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do Documento 8.125,00 | | |
| Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.) Protestável após 7 dias do vencimento Juros de 0,15% ao dia de atraso. | | | | | | (-) Desconto/Abatimento | |
| | | | | | | (-) Outras Deduções | |
| | | | | | | (+) Mora/Multa | |
| | | | | | | (+) Outros Acréscimos | |
| | | | | | | (=) Valor Cobrado | |
| Pagador: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, 11630-000 CENTRO ILHABELA SP | | | | | | CPF/CNPJ do Pagador 50.320.605/0001-38 | |
| Sacador/ Avalista: | | | | | | Código de Baixa 109/01028455-1 | |
| Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação | | | | | | Autenticação Mecânica | |
|  | | | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Aimara Comércio e Representações Ltda



Endereço: Avenida Estados Unidos, 429
 Bairro: JD Nova Europa
 Cidade: CAMPINAS SP
 CEP: 13040-099
 Fone/Fax: (19) 3238-9100 (19) 3238-9100

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR
 DE NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAIDA
 Nº 33.983
SÉRIE 55
 Folha 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
3518 0457 2024 1800 0107 5505 5000 0339 8310 0033 9110

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 CNPJ 135180218421041 02/04/18 12:51

NATUREZA DE OPERAÇÃO
 Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 244.290.655.110

INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ 57.202.418/0001-07

NOME/AZAO SOCIAL
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
 ENDEREÇO
RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15
 MUNICÍPIO
ILHABELA

CNPJ
50.320.605/0001-38
 BARRIO/DISTRITO
CENTRO
 UF
SP
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

DATA DA EMISSÃO
 02/04/2018
 DATA DA SAÍDA/ENTRADA
 02/04/2018
 HORA DA SAÍDA
 12:51

| FATURA | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
|---------|----------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 33983/1 | 02/05/18 | 8.125,00 | | | | | | | | | | |

| CALC DO IMPOSTO | VALOR DO IMPOSTO | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS DESONERADO | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-----------------|------------------|---------------|--------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|
| VALOR DO FRETE | 0,00 | 1.462,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 8.125,00 |

| TRANSPORTADOR/VOL. TRANSPORT. | NOME/AZAO SOCIAL | ENDEREÇO | QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | PRETE POR CONTA | MUNICÍPIO | CODIGO ANTT | PLACA DO VEIC. | U.F. | CNPJ/CPF | U.F. | INSCRIÇÃO ESTADUAL | PESO LÍQUIDO |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|------------|---------|-------|-----------------|---------------|-------------|----------------|------|--------------------|------|--------------------|--------------|
| 441013 | TEX TRANSPORTE DE ENCOMENDAS EXPRESSAS I | Rua Doutor Eduardo Edarge Badaró 976 | 5,00 | | | 0-EMITENTE | CAMPINAS / SP | | | SP | 06.367.990/0014-00 | SP | 562.268.400.110 | 0 |

| DADOS DO PRODUTO | CODIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS | NCM/SH | CSRT / CSOSN | CEP / UNID | QTD | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | BASE CÁLCULO ICMS | ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS IPI |
|------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------|--------------|------------|-----|----------------|-------------|-------------------|----------|-----------|--------------------|
| 441013 | TRIAGE PAINEL CARDIACO C/25 TESTES | Lot: W631313RB -x4 Val: 23/04/18 | 3822.00.90 | 700 | 5.102 KTG | 4 | 1.625,00 | 6.500,00 | 6.500,00 | 1.170,00 | 18,00 | 0,00 |
| 441015 | TRIAGE DIMERO D 25 TESTES | Lot: W63280RBA -x1 Val: 02/08/18 | 3822.00.90 | 700 | 5.102 KTG | 1 | 1.625,00 | 1.625,00 | 1.625,00 | 292,50 | 18,00 | 0,00 |

INTERVENÇÃO DECRETO 6353/2017

[Assinatura]
 S. Cunha
 Rua Prof. Malaquias de Oliveira Freitas, 154
 Laboratório

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 :: Valor aproximado dos tributos R\$31.255,31 (13,45%) Fonte: IBPT :: Pedido: 223164 | * Obs: LOCAL DE ENTREGA: LABORATÓRIO RUA PROF. MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS, 154
 ILHA BELA - SP ORDEM DE COMPRA Nº 018-11/2018

RECIBIMEN TO
 DATA DE
 IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO
 RECEBEDOR
 CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO
 NF-e
 Nº 33.983
 SÉRIE 55



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 018-11/18

FORNECEDOR: AIMARA COMERCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA

CNPJ: 57.202.418/0001-07

BANCO: BOLETO

AGENCIA:

C/C:

VENDEDOR: SERGIO SAVOIA

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|-----|--|-------|--------------|--------------|
| 1 | 4 | CX | PAINEL CARDIACO MARCA ALERE CCX C 20 TESTES (CK MB, MIOGLOBINA E TROPONINA) | ALERE | R\$ 1.625,00 | R\$ 6.500,00 |
| 2 | 1 | CX | D DIMERO TRIAGE | ALERE | R\$ 1.625,00 | R\$ 1.625,00 |

VALOR DO PEDIDO R\$ 8.125,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO LABORATORIO Nº 07/18.

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: 30 DIAS DA ENTREGA.

L. DE ENTREGA: R. PROFESSOR MALAQUIAS DE OLIVEIRA FREITAS - Nº 154 (LABORATORIO)- B BARRA

PRAZO DE ENTREGA: 03 DIAS

27/03/2018


José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela


Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

GRUPO:

**Telefonia
Telefônica do Brasil LTDA**

MAIO / 2018

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 . 00000316-5 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 846700000025 | 964010291125 | 743896665507 | 051881805660 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Empresa: | TELEFONICA |
| Valor: | 296,40 |
| Identificação da operação: | TEL 3896 6655 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 21/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 15:07:41 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00830980 |
| Chave de segurança: | L9ER0UJHZF9A6YLT |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Seu Demonstrativo de Despesas
Contas Vencidas e Não Pagas

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP: 04571-936
IE: 106383949112 IM: 2.071.449-0 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
<http://www.vivo.com.br>

2717

Local 11274 Telefone 3896-6655 0 DV 7
NRC 03579064624 Uso NEGOCIO

CTC JAGUARE SPM PL9
SANTA CASA DE MISÉRICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Inscrição Estadual nº
CNPJ / CPF Nº 50.320.605/0001-38

Aviso de Débito(s) Anterior(es)

Olá,

É muito importante ter você como nosso cliente, e para que você continue conectado com nossos serviços, informamos de que até a data de emissão desta carta não houve registro de recebimento da(s) seguinte(s) conta(s):

| Conta/Mês | Vencimento | Valor |
|-----------|------------|--------|
| 04/2018 | 21/04/2018 | 296,40 |

Total a pagar 296,40

O pagamento poderá ser feito no banco de sua preferência, utilizando apenas o código de barras abaixo.

Os valores apresentado(s) não incluem os encargos decorrentes do atraso do pagamento. Após a quitação do(s) débito(s), esses encargos serão cobrados em sua próxima conta.

Se o pagamento já foi feito, por favor, desconsidere esta carta e aceite nossas desculpas.

Em caso de dúvidas, ligue gratuitamente para nossa Central de Relacionamento no 103 15 ou para empresas 0800 151500. Caso seja portador de necessidades especiais de fala/audição, ligue para 142. Nosso atendimento está à sua disposição 24 horas, todos os dias.

Para sua maior comodidade cadastre sua conta em débito automático.

Obrigado,
Vivo

Para saber qual a loja Vivo mais perto de você, ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

| | | | | |
|---------------------------|------------------------|--------------|------------------------|--------------------------|
| Local 11274 | Telefone 3896-66550 | Mês 05/18 | DV 8 | Complemento 1586 8447 |
| Total da Fatura 296,40 | | DV 6 | Vencimento 21/05/18 | |

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento

Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

84670000025 964010291125 743896665507 051881805660



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017





Local 11274
Uso NEGOCIO

Telefone 3896-6655 0
DV 7
NRC 03579064624

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Total da Fatura 296,40
Vencimento 21/04/2018
Mês 04/2018

Vencimento
21/04/2018

Central de Relacionamento:
10315

SERVIÇOS VALOR (R\$)

| | |
|---|--------|
| Assinatura Mensal | 57,53 |
| Outros Serviços | 6,40 |
| Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal | 38,98 |
| Ligações para Celular | 40,43 |
| Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15 | 153,06 |

TOTAL A PAGAR 296,40

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.
Você cancelou serviços de Voz.
Conforme previsto em contrato, houve reajuste nos valores de Voz.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 103 15.
Pessoas com necessidades especiais de fala/audição, acesso pelo 142.
Para saber qual a loja Vivo mais perto de você acesse www.vivo.com.br



O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

| | | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------|------|-----------------------|
| Local 11274 | Telefone 3896-66550 | Mês 04/18 | DV 1 | Complemento 1611 8141 |
| Total da Fatura 296,40 | DV 6 | Vencimento 21/04/18 | | |

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Autenticação de Agente Autorizado - Não vale como recibo

84610000021 964010291125 743896665507 041811804214





Nota Fiscal Fatura de Serviços
de Telecomunicação

Nº 11274-568.642/04/18-00002/00003
Emissão 12/04/2018 Série: UT
Regime Especial Proc. DRT 1-14397-90

Telefonia Vivo S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP 04571-938
IE: 168353949112 IM: 2.871.449-0 CNPJ/MF: 02.556.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

Página 1193 de 1264

8081

Local 11274
Telefone 3896-6655 0 DV 7
IRC 03579064624 Uso NEGOCIO
Inscrição Estadual nº
INPJ / CPF Nº 50.320.605/0001-38

CTC JAGUARE SPM PL9
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUO
11630-000 ILHABELA - SP

Total da Fatura 296,40
Vencimento 21/04/2018
Mês 04/2018

| Seq | Data | Origem | Destino | Operadora | Localidade | UF | Início | Duração | Modalidade | Valor |
|----------|------------|------------|----------|-----------|------------|-----|--------|---------|------------|-------|
| 001 | 27/03/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 08H31M24 | 0,5 | NORMAL | 0,12 | | |
| 002 | 27/03/2018 | 99107-6653 | AREA-012 | VIVO | 12H24M48 | 5,5 | NORMAL | 1,39 | | |
| 003 | 27/03/2018 | 99115-5865 | AREA-012 | CLARO | 11H08M36 | 0,9 | NORMAL | 0,22 | | |
| 004 | 27/03/2018 | 99150-7732 | AREA-012 | CLARO | 11H31M06 | 0,8 | NORMAL | 0,20 | | |
| 005 | 27/03/2018 | 99194-2831 | AREA-012 | CLARO | 15H26M00 | 0,8 | NORMAL | 0,20 | | |
| 006 | 27/03/2018 | 99246-7924 | AREA-012 | CLARO | 13H03M18 | 2,0 | NORMAL | 0,50 | | |
| 007 | 27/03/2018 | 99601-8910 | AREA-012 | VIVO | 14H18M30 | 0,5 | NORMAL | 0,12 | | |
| 008 | 27/03/2018 | 99609-4653 | AREA-012 | VIVO | 08H48M42 | 0,8 | NORMAL | 0,20 | | |
| 009 | 27/03/2018 | 99609-4653 | AREA-012 | VIVO | 10H09M12 | 1,4 | NORMAL | 0,35 | | |
| 010 | 27/03/2018 | 99700-3988 | AREA-012 | VIVO | 10H50M00 | 0,8 | NORMAL | 0,20 | | |
| 011 | 28/03/2018 | 99650-6857 | AREA-012 | VIVO | 09H32M00 | 2,0 | NORMAL | 0,50 | | |
| 012 | 29/03/2018 | 98128-9470 | AREA-012 | TIM | 11H42M00 | 0,5 | NORMAL | 0,12 | | |
| 013 | 29/03/2018 | 98200-8302 | AREA-012 | TIM | 13H42M30 | 1,6 | NORMAL | 0,40 | | |
| 014 | 29/03/2018 | 98897-4918 | AREA-012 | OI | 13H27M12 | 0,6 | NORMAL | 0,15 | | |
| 015 | 29/03/2018 | 99150-7792 | AREA-012 | CLARO | 11H36M18 | 0,5 | NORMAL | 0,12 | | |
| 016 | 02/04/2018 | 98847-6744 | AREA-012 | OI | 10H56M42 | 1,5 | NORMAL | 0,37 | | |
| 017 | 02/04/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 13H47M18 | 1,5 | NORMAL | 0,37 | | |
| 018 | 02/04/2018 | 99124-0106 | AREA-012 | CLARO | 11H15M06 | 0,5 | NORMAL | 0,12 | | |
| 019 | 02/04/2018 | 99135-4144 | AREA-012 | CLARO | 14H16M54 | 1,7 | NORMAL | 0,43 | | |
| 020 | 02/04/2018 | 99612-2550 | AREA-012 | VIVO | 14H22M30 | 0,6 | NORMAL | 0,15 | | |
| 021 | 02/04/2018 | 99724-1510 | AREA-012 | TIM | 14H31M24 | 0,7 | NORMAL | 0,17 | | |
| 022 | 03/04/2018 | 99109-9812 | AREA-012 | CLARO | 15H07M30 | 0,6 | NORMAL | 0,15 | | |
| Subtotal | | | | | | | | | | 40,43 |

Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15

| Seq | Data | Telefone | Localidade | UF | Início | Duração | Modalidade | Valor | |
|----------|------------|-----------|------------------|----|----------|---------|--------------|-------|--------|
| 023 | 05/03/2018 | 2628-0078 | SAO PAULO | SP | 11H03M30 | 1,8 | DIFERENCIADA | 1,23 | |
| 024 | 06/03/2018 | 4062-1699 | SAO PAULO | SP | 12H22M36 | 1,1 | NORMAL | 0,40 | |
| 025 | 06/03/2018 | 5034-1700 | SAO PAULO | SP | 13H31M00 | 2,2 | NORMAL | 0,80 | |
| 026 | 06/03/2018 | 3811-8800 | BOTUCATU | SP | 11H00M06 | 7,0 | DIFERENCIADA | 5,69 | |
| 027 | 07/03/2018 | 2272-2255 | SAO PAULO | SP | 15H37M00 | 2,6 | DIFERENCIADA | 1,79 | |
| 028 | 07/03/2018 | 3775-3676 | SAO PAULO | SP | 16H19M42 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,75 | |
| 029 | 07/03/2018 | 3775-3676 | SAO PAULO | SP | 16H27M18 | 0,7 | DIFERENCIADA | 0,48 | |
| 030 | 07/03/2018 | 4561-4823 | SAO PAULO | SP | 09H30M42 | 2,0 | DIFERENCIADA | 1,37 | |
| 031 | 07/03/2018 | 4227-4700 | S CAETANO DO SUL | SP | 10H42M06 | 1,9 | DIFERENCIADA | 1,30 | |
| 032 | 07/03/2018 | 4152-0240 | SANTANA DE PARNA | SP | 10H53M18 | 1,6 | DIFERENCIADA | 1,10 | |
| 033 | 07/03/2018 | 3449-1950 | POUSO ALEGRE | MG | 10H35M42 | 1,6 | DIFERENCIADA | 1,10 | |
| 034 | 07/03/2018 | 3052-7900 | CURITIBA | PR | 12H12M06 | 1,4 | NORMAL | 0,67 | |
| 035 | 07/03/2018 | 3052-7900 | CURITIBA | PR | 14H35M00 | 3,2 | DIFERENCIADA | 2,60 | |
| 036 | 08/03/2018 | 3112-8600 | CAMPINAS | SP | 10H56M18 | 2,1 | DIFERENCIADA | 1,44 | |
| 037 | 08/03/2018 | 3112-8600 | CAMPINAS | SP | 11H27M18 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,10 | |
| 038 | 08/03/2018 | 3652-2525 | OSASCO | SP | 10H27M30 | 4,8 | DIFERENCIADA | 3,30 | |
| 039 | 08/03/2018 | 3636-2220 | VINHEDO | SP | 16H37M06 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,03 | |
| 040 | 08/03/2018 | 3449-1950 | POUSO ALEGRE | MG | 10H33M00 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,03 | |
| 041 | 08/03/2018 | 3703-2200 | ANAPOLIS | GO | 11H02M54 | 5,9 | DIFERENCIADA | 4,79 | |
| 042 | 09/03/2018 | 3811-8800 | BOTUCATU | SP | 16H15M18 | 2,1 | DIFERENCIADA | 1,70 | |
| 043 | 12/03/2018 | 2021-3442 | SAO PAULO | SP | 16H28M24 | 2,6 | DIFERENCIADA | 1,79 | |
| 044 | 12/03/2018 | 2292-0474 | SAO PAULO | SP | 11H02M00 | 1,0 | DIFERENCIADA | 1,10 | |
| 045 | 12/03/2018 | 2292-0474 | SAO PAULO | SP | 11H07M00 | 1,0 | DIFERENCIADA | 0,68 | |
| 046 | 12/03/2018 | 2373-0040 | SAO PAULO | SP | 15H21M42 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,03 | |
| 047 | 12/03/2018 | 3223-5129 | SAO PAULO | SP | 10H15M36 | 0,6 | DIFERENCIADA | 0,41 | |
| 048 | 12/03/2018 | 3347-2700 | SAO PAULO | SP | 11H57M12 | 3,0 | MISTA | 2,00 | |
| 049 | 12/03/2018 | 3589-0057 | SAO PAULO | SP | 14H17M54 | 3,3 | DIFERENCIADA | 2,27 | |
| 050 | 12/03/2018 | 3589-0057 | SAO PAULO | SP | 14H24M36 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 | |
| 051 | 12/03/2018 | 2087-0681 | GUARULHOS | SP | 15H50M42 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,75 | |
| 052 | 12/03/2018 | 2775-4032 | DUQUE DE CAXIAS | RJ | 15H44M06 | 0,6 | DIFERENCIADA | 0,41 | |
| 053 | 12/03/2018 | 3449-1950 | POUSO ALEGRE | MG | 09H22M42 | 3,5 | DIFERENCIADA | 2,41 | |
| 054 | 13/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 15H52M18 | 1,8 | DIFERENCIADA | 1,23 | |
| 055 | 13/03/2018 | 3236-9100 | CAMPINAS | SP | 10H45M00 | 2,1 | DIFERENCIADA | 1,44 | |
| 056 | 14/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 09H32M12 | 1,9 | DIFERENCIADA | 1,30 | |
| 057 | 14/03/2018 | 3406-6164 | AMERICANA | SP | 09H08M12 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,75 | |
| 058 | 15/03/2018 | 2606-3655 | SAO PAULO | SP | 16H25M54 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,03 | |
| 059 | 15/03/2018 | 4428-2300 | SANTO ANDRE | SP | 10H07M36 | 1,4 | DIFERENCIADA | 0,96 | |
| 060 | 19/03/2018 | 5081-8282 | SAO PAULO | SP | 12H11M12 | 0,5 | NORMAL | 0,18 | |
| 061 | 19/03/2018 | 5081-8283 | SAO PAULO | SP | 12H12M12 | 2,0 | NORMAL | 0,73 | |
| 062 | 19/03/2018 | 3232-1906 | CAMPINAS | SP | 12H38M18 | 0,5 | NORMAL | 0,18 | |
| 063 | 19/03/2018 | 3232-1906 | CAMPINAS | SP | 13H50M24 | 0,5 | NORMAL | 0,18 | |
| 064 | 20/03/2018 | 3712-6200 | FRANCA | SP | 11H40M24 | 1,0 | DIFERENCIADA | 0,81 | |
| 065 | 21/03/2018 | 3004-3303 | SAO PAULO | SP | 08H49M42 | 13,1 | MISTA | 5,71 | |
| 066 | 21/03/2018 | 3004-3303 | SAO PAULO | SP | 14H54M12 | 15,4 | DIFERENCIADA | 10,60 | |
| 067 | 21/03/2018 | 5185-9834 | SAO PAULO | SP | 09H52M48 | 2,3 | DIFERENCIADA | 1,58 | |
| 068 | 22/03/2018 | 2829-5000 | SAO PAULO | SP | 12H43M06 | 4,9 | NORMAL | 1,80 | |
| 069 | 22/03/2018 | 2942-5996 | SAO PAULO | SP | 15H48M42 | 9,0 | DIFERENCIADA | 6,19 | |
| 070 | 22/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 15H24M06 | 6,5 | DIFERENCIADA | 4,47 | |
| 071 | 22/03/2018 | 3942-5996 | SAO PAULO | SP | 15H47M42 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 | |
| 072 | 26/03/2018 | 3311-1075 | SAO PAULO | SP | 13H52M12 | 0,6 | NORMAL | 0,22 | |
| 073 | 26/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 11H35M30 | 5,2 | DIFERENCIADA | 3,58 | |
| 074 | 27/03/2018 | 3368-1333 | BELO HORIZONTE | MG | 14H35M36 | 6,6 | DIFERENCIADA | 5,36 | |
| 075 | 28/03/2018 | 2942-5994 | SAO PAULO | SP | 09H43M42 | 9,7 | DIFERENCIADA | 6,66 | |
| 076 | 29/03/2018 | 2192-3190 | SAO PAULO | SP | 14H42M42 | 9,8 | DIFERENCIADA | 6,74 | |
| 077 | 29/03/2018 | 3449-1950 | POUSO ALEGRE | MG | 13H51M30 | 0,6 | NORMAL | 0,22 | |
| 078 | 03/04/2018 | 3004-3303 | SAO PAULO | SP | 11H33M36 | 44,5 | MISTA | 2,83 | |
| 079 | 03/04/2018 | 3090-0363 | SAO PAULO | SP | 10H51M36 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 | |
| 080 | 03/04/2018 | 3223-5129 | SAO PAULO | SP | 12H53M30 | 0,6 | NORMAL | 0,22 | |
| 081 | 03/04/2018 | 3445-5418 | SAO PAULO | SP | 10H21M12 | 6,2 | DIFERENCIADA | 4,27 | |
| 082 | 03/04/2018 | 3445-5418 | SAO PAULO | SP | 11H22M00 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 | |
| 083 | 03/04/2018 | 3445-5418 | SAO PAULO | SP | 15H28M36 | 2,1 | DIFERENCIADA | 1,44 | |
| 084 | 03/04/2018 | 3236-9100 | CAMPINAS | SP | 10H55M48 | 1,7 | DIFERENCIADA | 1,17 | |
| 085 | 03/04/2018 | 3202-1140 | SANTOS | SP | 10H44M18 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 | |
| 086 | 03/04/2018 | 3449-1950 | POUSO ALEGRE | MG | 15H36M24 | 0,6 | DIFERENCIADA | 0,41 | |
| Subtotal | | | | | | | | | 144,15 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

ICMS: Base de Cálculo: ***** Aliquota: ** Valor do ICMS: *****





**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 . 00000316-5 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 846900000031 | 238210291122 | 743896576605 | 051881805660 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Empresa: | TELEFONICA |
| Valor: | 323,82 |
| Identificação da operação: | TEL 3896 5766 |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 21/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 15:09:30 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00832916 |
| Chave de segurança: | R454YH0GS51CQ725 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Seu Demonstrativo de Despesas
 Contas Vencidas em 21/05/2018 - Página 195 de 1264

Telefônica Brasil S.A.
 Av. Engenheiro Luiz Carlos Berini, 1376 - Cidade Monções
 São Paulo - SP - CEP: 04571-936
 IE: 106363949412 IM: 2.674.449-0 CNPJ/MF: 02.556.157/0001-62
 http://www.vivo.com.br

2723

Local 11274 Telefone 3896-5766 0 DV 1
 NRC 03555947909 Uso NEGOCIO

CTC JAGUARE SPM PL9
 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
 R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
 11630-000 ILHABELA - SP

Inscrição Estadual nº
 CNPJ / CPF Nº 50.320.605/0001-38

Aviso de Débito(s) Anterior(es)

Olá,

É muito importante ter você como nosso cliente, e para que você continue conectado com nossos serviços, informamos de que até a data de emissão desta carta não houve registro de recebimento da(s) seguinte(s) conta(s):

| Conta/Mês | Vencimento | Valor |
|-----------|------------|--------|
| 04/2018 | 21/04/2018 | 323,82 |

Total a pagar 323,82

O pagamento poderá ser feito no banco de sua preferência, utilizando apenas o código de barras abaixo.

Os valores apresentado(s) não incluem os encargos decorrentes do atraso do pagamento. Após a quitação do(s) débito(s), esses encargos serão cobrados em sua próxima conta.

Se o pagamento já foi feito, por favor, desconsidere esta carta e aceite nossas desculpas.

Em caso de dúvidas, ligue gratuitamente para nossa Central de Relacionamento no 103 15 ou para empresas 0800 151500. Caso seja portador de necessidades especiais de fala/audição, ligue para 142. Nosso atendimento está à sua disposição 24 horas, todos os dias.

Para sua maior comodidade cadastre sua conta em débito automático.

Obrigado,
 Vivo

Para saber qual a loja Vivo mais perto de você, ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br



ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

----- DESTAQUE AQUI -----

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

| | | | | |
|------------------------|------------|-----------|-------------------|-------------|
| Local | Telefone | Mês | DV | Complemento |
| 11274 | 3896-57660 | 05/18 | 8 | 1986 8447 |
| Total da Fatura | | DV | Vencimento | |
| 323,82 | | 9 | 21/05/18 | |

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento

vivo

Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

846900000031 238210291122 743896576605 051881805660



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Local 11274 Uso NEGOCIO
Telefone 3896-5766 0 DV 1 NRC 03555947909
Total da Fatura 323,82 Vencimento 21/04/2018 Mês 04/2018

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Vencimento
21/04/2018

Central de Relacionamento:
10315

| SERVIÇOS | VALOR (R\$) |
|---|---------------|
| Assinatura Mensal | 57,53 |
| Vivo Internet | 105,65 |
| Outros Serviços | 6,55 |
| Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal | 28,55 |
| Ligações para Celular | 20,85 |
| Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15 | 106,69 |
| TOTAL A PAGAR | 323,82 |

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 103 15.

Pessoas com necessidades especiais de fala/audição, acesso pelo 142.

Para saber qual a loja Vivo mais perto de você acesse www.vivo.com.br



Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Você cancelou serviços de Voz. Conforme previsto em contrato, houve reajuste nos valores de Voz.

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

----- DESTAQUE AQUI -----

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

| | | | | |
|------------------------|---------------------|-------------------|------|-----------------------|
| Local 11274 | Telefone 3896-57660 | Mês 04/18 | DV 1 | Complemento 1911 8141 |
| Total da Fatura | DV | Vencimento | | |
| 323,82 | 9 | 21/04/18 | | |

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento



Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

84630000037 238210291122 743896576605 041811804214



INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Nota Fiscal Fatura de Serviços
de Telecomunicação

Nº 11274-507.556/0418-0000200002
Emissão: 12/04/2018 Série: UT
Página 1197 de 1264
Regime Especial Proc. DRT 1-14397-90

Telefonica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Barini, 1376 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP: 04571-936
IE: 106393949112 IM: 2.571.449-0 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

8085

Local 11274
Telefone 3896-5766 0 DV 1
NRC 03555947909 Uso NEGOCIO
Inscrição Estadual nº
CNPJ / CPF Nº 50.320.605/0001-38

CTC JAGUARE SPM PL9
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Total da Fatura 323,82
Vencimento 21/04/2018
Mês 04/2018

| 001 | 21/03/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 07H46M48 | 2,9 | NORMAL | 0,73 |
|----------|------------|------------|----------|-------|----------|-----|--------|-------|
| 002 | 21/03/2018 | 99131-6315 | AREA-012 | CLARO | 12H58M48 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 003 | 21/03/2018 | 99145-8937 | AREA-012 | CLARO | 09H56M24 | 1,6 | NORMAL | 0,40 |
| 004 | 22/03/2018 | 99724-1510 | AREA-012 | TIM | 09H01M54 | 1,1 | NORMAL | 0,27 |
| 005 | 23/03/2018 | 99186-8382 | AREA-012 | CLARO | 12H54M30 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 006 | 23/03/2018 | 99700-3988 | AREA-012 | VIVO | 12H18M00 | 1,3 | NORMAL | 0,32 |
| 007 | 26/03/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 15H13M18 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 008 | 26/03/2018 | 99107-6553 | AREA-012 | VIVO | 10H35M24 | 5,5 | NORMAL | 1,39 |
| 009 | 26/03/2018 | 99140-4602 | AREA-012 | CLARO | 17H00M24 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 010 | 27/03/2018 | 98800-0896 | AREA-012 | OI | 14H16M18 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 011 | 27/03/2018 | 99161-4550 | AREA-012 | CLARO | 13H05M12 | 1,7 | NORMAL | 0,43 |
| 012 | 27/03/2018 | 99501-8910 | AREA-012 | VIVO | 14H19M12 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 013 | 27/03/2018 | 99509-4653 | AREA-012 | VIVO | 11H22M42 | 1,1 | NORMAL | 0,27 |
| 014 | 28/03/2018 | 99650-5657 | AREA-012 | VIVO | 13H54M00 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 015 | 28/03/2018 | 99775-2401 | AREA-012 | VIVO | 10H47M36 | 1,7 | NORMAL | 0,43 |
| 016 | 29/03/2018 | 99194-2631 | AREA-012 | CLARO | 11H46M18 | 1,5 | NORMAL | 0,37 |
| 017 | 29/03/2018 | 99601-8910 | AREA-012 | VIVO | 11H44M36 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 018 | 29/03/2018 | 99601-8910 | AREA-012 | VIVO | 13H21M18 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 019 | 02/04/2018 | 98152-9560 | AREA-012 | VIVO | 11H34M00 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 020 | 02/04/2018 | 98216-4020 | AREA-012 | TIM | 16H35M06 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 021 | 02/04/2018 | 98835-1677 | AREA-012 | OI | 11H40M30 | 0,6 | NORMAL | 0,15 |
| 022 | 02/04/2018 | 99108-8539 | AREA-012 | CLARO | 09H03M24 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 023 | 02/04/2018 | 99115-5665 | AREA-012 | CLARO | 09H36M54 | 1,1 | NORMAL | 0,27 |
| 024 | 02/04/2018 | 99210-9783 | AREA-012 | CLARO | 10H34M42 | 1,8 | NORMAL | 0,45 |
| Subtotal | | | | | | | | 20,85 |

Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15

| Data | Telefone | Localidade | UF | Inicio | Duração | Modalidade | | |
|----------|------------|------------|----------------|--------|----------|------------|--------------|--------|
| 025 | 05/03/2018 | 2344-1900 | SAO PAULO | SP | 16H07M36 | 0,6 | DIFERENCIADA | 0,41 |
| 026 | 06/03/2018 | 3993-9100 | RIBEIRAO PRETO | SP | 11H23M42 | 1,8 | DIFERENCIADA | 1,46 |
| 027 | 07/03/2018 | 3775-3676 | SAO PAULO | SP | 16H25M48 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 028 | 08/03/2018 | 3445-5418 | SAO PAULO | SP | 13H17M36 | 0,6 | NORMAL | 0,22 |
| 029 | 08/03/2018 | 3512-3500 | RIBEIRAO PRETO | SP | 09H53M42 | 9,4 | DIFERENCIADA | 7,64 |
| 030 | 09/03/2018 | 3256-9452 | SAO PAULO | SP | 11H08M00 | 3,3 | DIFERENCIADA | 2,27 |
| 031 | 09/03/2018 | 3347-2700 | SAO PAULO | SP | 11H13M06 | 3,6 | DIFERENCIADA | 2,47 |
| 032 | 09/03/2018 | 3449-1990 | POUSO ALEGRE | MG | 10H30M24 | 5,2 | DIFERENCIADA | 3,58 |
| 033 | 12/03/2018 | 3589-0057 | SAO PAULO | SP | 14H16M54 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 034 | 12/03/2018 | 5525-9747 | SAO PAULO | SP | 15H16M30 | 0,7 | DIFERENCIADA | 0,48 |
| 035 | 12/03/2018 | 3652-2525 | OSASCO | SP | 11H29M54 | 4,4 | DIFERENCIADA | 3,03 |
| 036 | 13/03/2018 | 2272-2255 | SAO PAULO | SP | 15H13M00 | 2,5 | DIFERENCIADA | 1,72 |
| 037 | 14/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 16H34M00 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 038 | 14/03/2018 | 3652-2525 | OSASCO | SP | 14H42M54 | 2,5 | DIFERENCIADA | 1,72 |
| 039 | 14/03/2018 | 3844-2555 | PAULINIA | SP | 09H40M06 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 040 | 15/03/2018 | 2157-5001 | SAO PAULO | SP | 10H13M12 | 2,1 | DIFERENCIADA | 1,44 |
| 041 | 15/03/2018 | 2606-3655 | SAO PAULO | SP | 15H24M18 | 8,3 | DIFERENCIADA | 5,71 |
| 042 | 15/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 10H27M18 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,75 |
| 043 | 15/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 11H15M06 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 044 | 15/03/2018 | 3232-1906 | CAMPINAS | SP | 15H03M36 | 8,9 | DIFERENCIADA | 6,12 |
| 045 | 16/03/2018 | 3405-6164 | AMERICANA | SP | 14H42M12 | 1,0 | DIFERENCIADA | 0,68 |
| 046 | 16/03/2018 | 3449-1990 | POUSO ALEGRE | MG | 13H55M18 | 3,1 | NORMAL | 1,13 |
| 047 | 19/03/2018 | 3232-1906 | CAMPINAS | SP | 13H51M06 | 9,0 | MISTA | 3,34 |
| 048 | 20/03/2018 | 3475-2953 | BELO HORIZONTE | MG | 11H44M06 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 049 | 23/03/2018 | 4172-3555 | SAO PAULO | SP | 10H04M48 | 2,4 | DIFERENCIADA | 1,55 |
| 050 | 23/03/2018 | 3202-8074 | SANTOS | SP | 11H34M06 | 0,6 | DIFERENCIADA | 0,41 |
| 051 | 23/03/2018 | 3449-1990 | POUSO ALEGRE | MG | 13H09M06 | 0,5 | NORMAL | 0,18 |
| 052 | 23/03/2018 | 3449-1990 | POUSO ALEGRE | MG | 13H09M36 | 1,7 | NORMAL | 0,52 |
| 053 | 27/03/2018 | 2373-0040 | SAO PAULO | SP | 14H12M00 | 3,1 | DIFERENCIADA | 2,13 |
| 054 | 27/03/2018 | 2373-0040 | SAO PAULO | SP | 15H37M36 | 7,0 | DIFERENCIADA | 4,82 |
| 055 | 27/03/2018 | 3115-6000 | BELO HORIZONTE | MG | 14H34M00 | 1,2 | DIFERENCIADA | 0,97 |
| 056 | 28/03/2018 | 2942-5996 | SAO PAULO | SP | 09H41M36 | 1,7 | DIFERENCIADA | 1,17 |
| 057 | 28/03/2018 | 3346-9714 | SAO PAULO | SP | 10H31M48 | 2,9 | DIFERENCIADA | 1,99 |
| 058 | 28/03/2018 | 3324-4322 | CAMPINAS | SP | 12H46M24 | 8,0 | NORMAL | 2,94 |
| 059 | 29/03/2018 | 2272-2255 | SAO PAULO | SP | 14H33M12 | 6,5 | DIFERENCIADA | 4,47 |
| 060 | 29/03/2018 | 2373-0040 | SAO PAULO | SP | 14H24M24 | 6,2 | DIFERENCIADA | 4,27 |
| 061 | 29/03/2018 | 2373-0040 | SAO PAULO | SP | 14H53M00 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,75 |
| 062 | 29/03/2018 | 3311-1075 | SAO PAULO | SP | 13H44M42 | 0,5 | NORMAL | 0,18 |
| 063 | 29/03/2018 | 3564-2775 | SAO PAULO | SP | 10H08M24 | 1,4 | DIFERENCIADA | 0,96 |
| 064 | 29/03/2018 | 3228-2305 | SANTOS | SP | 14H02M24 | 6,9 | DIFERENCIADA | 4,75 |
| 065 | 02/04/2018 | 3004-3303 | SAO PAULO | SP | 15H10M36 | 23,7 | DIFERENCIADA | 16,32 |
| 066 | 02/04/2018 | 3223-5129 | SAO PAULO | SP | 10H13M00 | 2,3 | DIFERENCIADA | 1,58 |
| 067 | 03/04/2018 | 2101-9400 | RIBEIRAO PRETO | SP | 12H05M42 | 3,2 | NORMAL | 1,53 |
| 068 | 03/04/2018 | 2101-9400 | RIBEIRAO PRETO | SP | 16H41M42 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,21 |
| 069 | 03/04/2018 | 3449-1990 | POUSO ALEGRE | MG | 09H10M18 | 2,9 | DIFERENCIADA | 1,99 |
| Subtotal | | | | | | | | 102,20 |

Chamada Longa Distância Nacional Serviço Móvel Pessoal Vivo 15

| Data | Telefone | Localidade | UF | Inicio | Duração | Modalidade | |
|----------|------------|------------|----------|----------|---------|------------------|------|
| 070 | 06/03/2018 | 97414-1884 | AREA-011 | 14H13M36 | 3,0 | DENTRO DO ESTADO | 2,32 |
| 071 | 29/03/2018 | 96173-5103 | AREA-011 | 12H54M00 | 2,8 | DENTRO DO ESTADO | 2,17 |
| Subtotal | | | | | | | 4,49 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | |
|--------------------------|--------|-----------|-------|------------------|-------|
| ICMS: Base de Cálculo: | 317,27 | Aliquota: | 25% | Valor do ICMS: | 79,32 |
| PIS: Base de Cálculo: | 237,95 | Aliquota: | 0,65% | Valor do PIS: | 1,55 |
| PIS: Base de Cálculo: | 6,55 | Aliquota: | 1,65% | Valor do PIS: | 0,11 |
| COFINS: Base de Cálculo: | 237,95 | Aliquota: | 3,00% | Valor do COFINS: | 7,14 |
| COFINS: Base de Cálculo: | 6,55 | Aliquota: | 7,60% | Valor do COFINS: | 0,50 |

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 . 00000316-5 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 846300000029 | 384010291126 | 743896665507 | 051881805215 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Empresa: | TELEFONICA |
| Valor: | 238,40 |
| Identificação da operação: | TEL 3896 6655 MAIO |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 21/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 15:11:10 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00834677 |
| Chave de segurança: | 718KVJ3WX8EKHGM8 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Local 11274
Uso NEGOCIO

Telefone 3896-6655 0
DV 7 NRC 03579064624

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Total da Fatura 238,40
Vencimento 21/05/2018
Mês 05/2018

Vencimento
21/05/2018

Central de Relacionamento:
10315

| SERVIÇOS | VALOR (R\$) |
|--|---------------|
| Assinatura Mensal | 56,55 |
| Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Simples | 0,22 |
| Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal | 47,78 |
| Ligações para Celular | 36,65 |
| Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15 | 97,20 |
| TOTAL A PAGAR | 238,40 |

Contribuição para o FUST e FUNTTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

**Prezado cliente,
pague suas
contas
pendentes e
evite o bloqueio
da sua linha**

Dúvidas: ligue para
103 15



Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ
O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Até o momento da emissão desta fatura existiam contas em atraso. Caso já tenha efetuado o pagamento, por favor, desconsiderar esta mensagem. A Vivo faz questão de estar ao seu lado.

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

| | | | | |
|------------------------|---------------------|-------------------|------|-----------------------|
| Local 11274 | Telefone 3896-66550 | Mês 05/18 | DV 8 | Complemento 1581 8441 |
| Total da Fatura | DV | Vencimento | | |
| 238,40 | 6 | 21/05/18 | | |

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento

Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

846300000029 384010291126 743896665507 051881805215



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Nota Fiscal Fatura de Serviços
de Telecomunicação

Página 1200 de 1264

Nº 11274-583 04/2018-00002000003
Emissão 13/05/2018 Série: UT
Regime Especial Proc. DRT 1-14397-90

INSTITUO VIVO S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Borini, 1376 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP. 04571-936
IE: 168383949112 IM: 2.871.448-0 CNPJ/MF: 02.556.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

2715

Local 11274
Telefone 3896-6655 0 DV 7
VRC 03579064624 Uso NEGOCIO
Inscrição Estadual nº
CNPJ / CPF Nº 50.320.605/0001-38

CTC JAGUARE SPM PL9
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Total da Fatura 238,40
Vencimento 21/05/2018
Mês 05/2018

| | | | | | | | | |
|----------|------------|------------|----------|--------|----------|-----|--------|-------|
| 001 | 17/04/2018 | 99103-2426 | AREA-012 | CLARO | 15H02M42 | 0,9 | NORMAL | 0,22 |
| 002 | 17/04/2018 | 99147-3249 | AREA-012 | CLARO | 11H41M24 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 003 | 17/04/2018 | 99165-3548 | AREA-012 | CLARO | 09H31M18 | 2,8 | NORMAL | 0,70 |
| 004 | 17/04/2018 | 99209-0594 | AREA-012 | NEXTEL | 10H05M48 | 4,3 | NORMAL | 1,08 |
| 005 | 17/04/2018 | 99748-8839 | AREA-012 | VIVO | 11H05M00 | 0,9 | NORMAL | 0,22 |
| 006 | 18/04/2018 | 98229-8038 | AREA-012 | TIM | 10H24M12 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 007 | 18/04/2018 | 99190-9305 | AREA-012 | CLARO | 10H26M00 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 008 | 18/04/2018 | 99190-9305 | AREA-012 | CLARO | 10H28M54 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 009 | 18/04/2018 | 99195-2006 | AREA-012 | CLARO | 10H19M12 | 1,3 | NORMAL | 0,32 |
| 010 | 18/04/2018 | 99221-5229 | AREA-012 | CLARO | 10H26M30 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 011 | 20/04/2018 | 98201-3017 | AREA-012 | TIM | 10H48M30 | 2,3 | NORMAL | 0,58 |
| 012 | 20/04/2018 | 99122-5140 | AREA-012 | CLARO | 10H41M54 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 013 | 20/04/2018 | 99631-2306 | AREA-012 | VIVO | 10H21M24 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 014 | 20/04/2018 | 99631-2306 | AREA-012 | VIVO | 11H23M48 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 015 | 20/04/2018 | 99683-7333 | AREA-012 | VIVO | 10H44M06 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 016 | 23/04/2018 | 99116-4081 | AREA-012 | CLARO | 12H36M06 | 4,0 | NORMAL | 1,01 |
| 017 | 23/04/2018 | 99198-7161 | AREA-012 | CLARO | 15H38M18 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 018 | 23/04/2018 | 99631-2306 | AREA-012 | VIVO | 11H38M18 | 1,4 | NORMAL | 0,35 |
| 019 | 24/04/2018 | 98193-3131 | AREA-012 | TIM | 12H29M00 | 2,9 | NORMAL | 0,73 |
| 020 | 24/04/2018 | 98701-9387 | AREA-012 | OI | 15H01M42 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 021 | 24/04/2018 | 99609-4553 | AREA-012 | VIVO | 16H36M06 | 1,8 | NORMAL | 0,45 |
| 022 | 24/04/2018 | 99627-3197 | AREA-012 | VIVO | 14H48M42 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 023 | 24/04/2018 | 99709-0971 | AREA-012 | CLARO | 09H50M12 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 024 | 25/04/2018 | 98153-4421 | AREA-012 | VIVO | 14H44M42 | 3,0 | NORMAL | 0,75 |
| 025 | 25/04/2018 | 98153-4421 | AREA-012 | VIVO | 14H53M54 | 3,0 | NORMAL | 0,75 |
| 026 | 25/04/2018 | 99213-9652 | AREA-012 | CLARO | 13H52M00 | 8,1 | NORMAL | 2,05 |
| 027 | 25/04/2018 | 99750-3162 | AREA-012 | VIVO | 11H01M12 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 028 | 26/04/2018 | 99248-8415 | AREA-012 | CLARO | 12H01M48 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 029 | 26/04/2018 | 99710-7314 | AREA-012 | VIVO | 11H22M36 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 030 | 26/04/2018 | 99797-5966 | AREA-012 | VIVO | 12H34M42 | 1,1 | NORMAL | 0,27 |
| 031 | 27/04/2018 | 98113-6462 | AREA-012 | TIM | 16H04M00 | 4,3 | NORMAL | 1,08 |
| 032 | 27/04/2018 | 98201-3017 | AREA-012 | TIM | 16H25M24 | 1,7 | NORMAL | 0,43 |
| 033 | 27/04/2018 | 99108-3531 | AREA-012 | CLARO | 12H29M48 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 034 | 27/04/2018 | 99115-5865 | AREA-012 | CLARO | 11H26M12 | 1,2 | NORMAL | 0,30 |
| 035 | 27/04/2018 | 99118-7222 | AREA-012 | CLARO | 16H49M54 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 036 | 27/04/2018 | 99120-2066 | AREA-012 | CLARO | 14H34M48 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 037 | 27/04/2018 | 99189-4108 | AREA-012 | CLARO | 12H23M12 | 0,5 | NORMAL | 0,15 |
| 038 | 27/04/2018 | 99190-9412 | AREA-012 | CLARO | 15H17M18 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 039 | 27/04/2018 | 99242-6302 | AREA-012 | CLARO | 14H51M48 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 040 | 27/04/2018 | 99609-4553 | AREA-012 | VIVO | 14H29M18 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 041 | 27/04/2018 | 99724-1510 | AREA-012 | TIM | 15H38M36 | 1,8 | NORMAL | 0,45 |
| 042 | 27/04/2018 | 99783-8741 | AREA-012 | VIVO | 15H03M54 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 043 | 02/05/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 08H03M54 | 6,4 | NORMAL | 1,62 |
| 044 | 02/05/2018 | 99141-8472 | AREA-012 | CLARO | 11H46M30 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 045 | 03/05/2018 | 99210-7471 | AREA-012 | CLARO | 16H26M42 | 1,2 | NORMAL | 0,30 |
| 046 | 03/05/2018 | 99261-0789 | AREA-012 | CLARO | 11H03M30 | 1,3 | NORMAL | 0,32 |
| Subtotal | | | | | | | | 36,65 |

Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15

| Data | Telefone | Localidade | UF | Início | Duração | Modalidade | | |
|------|------------|------------|------------------|--------|----------|------------|--------------|------|
| 047 | 04/04/2018 | 2101-9400 | RIBEIRAO PRETO | SP | 08H48M12 | 1,1 | NORMAL | 0,52 |
| 048 | 04/04/2018 | 4152-0240 | SANTANA DE PARNA | SP | 10H22M06 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 049 | 04/04/2018 | 3228-2305 | SANTOS | SP | 15H31M06 | 1,5 | DIFERENCIADA | 1,03 |
| 050 | 04/04/2018 | 3589-5000 | BELO HORIZONTE | MG | 13H55M54 | 1,4 | NORMAL | 0,67 |
| 051 | 05/04/2018 | 3115-6000 | BELO HORIZONTE | MG | 14H14M42 | 1,3 | DIFERENCIADA | 1,05 |
| 052 | 05/04/2018 | 3388-1333 | BELO HORIZONTE | MG | 14H16M18 | 3,5 | DIFERENCIADA | 2,84 |
| 053 | 06/04/2018 | 4420-3749 | SAO PAULO | SP | 10H21M30 | 1,3 | DIFERENCIADA | 1,10 |
| 054 | 06/04/2018 | 4420-3749 | SAO PAULO | SP | 15H10M12 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 055 | 06/04/2018 | 2459-0790 | GUARULHOS | SP | 15H14M12 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 056 | 09/04/2018 | 2018-3522 | SAO PAULO | SP | 12H22M36 | 0,5 | NORMAL | 0,18 |
| 057 | 09/04/2018 | 2069-3542 | SAO PAULO | SP | 13H40M06 | 3,1 | NORMAL | 1,13 |
| 058 | 09/04/2018 | 3454-7000 | SAO PAULO | SP | 15H08M06 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 059 | 09/04/2018 | 5078-0050 | SAO PAULO | SP | 14H12M24 | 2,4 | DIFERENCIADA | 1,65 |
| 060 | 09/04/2018 | 5078-0058 | SAO PAULO | SP | 16H05M42 | 1,0 | DIFERENCIADA | 0,68 |
| 061 | 09/04/2018 | 3112-8600 | CAMPINAS | SP | 10H05M30 | 1,2 | DIFERENCIADA | 0,82 |
| 062 | 09/04/2018 | 3228-2305 | SANTOS | SP | 10H12M42 | 1,4 | DIFERENCIADA | 0,96 |
| 063 | 10/04/2018 | 2478-4979 | SAO PAULO | SP | 09H04M42 | 0,7 | DIFERENCIADA | 0,48 |
| 064 | 10/04/2018 | 3113-2520 | SAO PAULO | SP | 12H36M18 | 2,3 | NORMAL | 0,84 |
| 065 | 10/04/2018 | 3454-7000 | SAO PAULO | SP | 15H59M06 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 066 | 10/04/2018 | 3454-7000 | SAO PAULO | SP | 16H00M06 | 2,0 | DIFERENCIADA | 1,37 |
| 067 | 10/04/2018 | 3688-1901 | LAGOA STA | MG | 12H05M12 | 1,3 | NORMAL | 0,52 |
| 068 | 13/04/2018 | 2942-5994 | SAO PAULO | SP | 14H49M18 | 2,4 | DIFERENCIADA | 1,65 |
| 069 | 15/04/2018 | 3004-3303 | SAO PAULO | SP | 12H41M12 | 27,0 | NORMAL | 9,92 |
| 070 | 15/04/2018 | 5078-0058 | SAO PAULO | SP | 13H25M54 | 0,7 | NORMAL | 0,25 |
| 071 | 15/04/2018 | 3405-6164 | AMERICANA | SP | 11H41M24 | 2,7 | DIFERENCIADA | 1,85 |
| 072 | 16/04/2018 | 3236-9100 | CAMPINAS | SP | 14H12M48 | 2,3 | DIFERENCIADA | 1,58 |
| 073 | 19/04/2018 | 3255-8190 | SAO PAULO | SP | 16H01M54 | 2,3 | DIFERENCIADA | 1,58 |
| 074 | 19/04/2018 | 3775-3850 | SAO PAULO | SP | 12H06M48 | 2,5 | NORMAL | 0,91 |
| 075 | 19/04/2018 | 3775-3876 | SAO PAULO | SP | 14H24M54 | 5,2 | DIFERENCIADA | 3,58 |
| 076 | 19/04/2018 | 5012-3799 | SAO PAULO | SP | 11H54M30 | 1,4 | DIFERENCIADA | 0,96 |
| 077 | 19/04/2018 | 4044-1216 | DIADEMA | SP | 15H49M12 | 2,5 | DIFERENCIADA | 1,79 |
| 078 | 19/04/2018 | 3274-9625 | BELO HORIZONTE | MG | 16H18M00 | 1,6 | DIFERENCIADA | 1,21 |
| 079 | 23/04/2018 | 2942-5999 | SAO PAULO | SP | 10H38M36 | 4,7 | DIFERENCIADA | 3,26 |
| 080 | 23/04/2018 | 3255-8190 | SAO PAULO | SP | 14H32M54 | 0,7 | DIFERENCIADA | 0,48 |
| 081 | 23/04/2018 | 4004-4938 | SAO PAULO | SP | 14H22M48 | 9,0 | DIFERENCIADA | 6,24 |
| 082 | 23/04/2018 | 4004-4938 | SAO PAULO | SP | 15H26M00 | 2,3 | DIFERENCIADA | 1,59 |
| 083 | 24/04/2018 | 2669-9451 | SAO PAULO | SP | 10H18M24 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 084 | 24/04/2018 | 2669-9451 | SAO PAULO | SP | 10H58M30 | 0,8 | DIFERENCIADA | 0,55 |
| 085 | 24/04/2018 | 3236-9100 | CAMPINAS | SP | 10H38M00 | 3,0 | DIFERENCIADA | 2,08 |
| 086 | 24/04/2018 | 3571-7504 | PARATI | RJ | 11H58M18 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 087 | 26/04/2018 | 3122-9266 | SAO PAULO | SP | 13H44M18 | 7,2 | NORMAL | 2,66 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

ICMS: Base de Cálculo: ***** Aliquota: ** Valor do ICMS: *****

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA | | | |
| Conta de débito: | 3334 / 003 . 00000316-5 | | | |
| Representação numérica do código de barras: | 846600000026 | 933710291123 | 743896576605 | 051881805215 |
| Empresa: | TELEFONICA | | | |
| Valor: | 293,37 | | | |
| Identificação da operação: | TEL 3896 5766 MAIO | | | |
| Data de débito: | 21/05/2018 | | | |
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 15:12:44 | | | |
| Código da operação: | 00836363 | | | |
| Chave de segurança: | CGASKPFM9WHH3L97 | | | |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Local 11274 Uso NEGOCIO
Telefone 3896-5766 0 DV 1 NRC 03555947909
Total da Fatura 293,37 Vencimento 21/05/2018 Mês 05/2018

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R. MARIANO P. A. CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Vencimento
21/05/2018

Central de Relacionamento:
10315

| SERVIÇOS | VALOR (R\$) |
|--|---------------|
| Assinatura Mensal | 56,55 |
| Vivo Internet | 105,65 |
| Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Simples | 0,44 |
| Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal | 35,45 |
| Ligações para Celular | 37,32 |
| Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15 | 57,96 |
| TOTAL A PAGAR | 293,37 |

**Prezado cliente,
pague suas
contas
pendentes e
evite o bloqueio
da sua linha**

Dúvidas: ligue para
103 15



Contribuição para o FUST e FUNTTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Até o momento da emissão desta fatura existiam contas em atraso. Caso já tenha efetuado o pagamento, por favor, desconsiderar esta mensagem. A Vivo faz questão de estar ao seu lado.

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

----- DESTAQUE AQUI -----

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

| | | | | |
|------------------------|------------|-------------------|----|-------------|
| Local | Telefone | Mês | DV | Complemento |
| 11274 | 3896-57660 | 05/18 | 8 | 1781 8441 |
| Total da Fatura | DV | Vencimento | | |
| 293,37 | 7 | 21/05/18 | | |

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

84660000026 933710291123 743896576605 051881805215





Nota Fiscal Fatura de Serviços de Telecomunicações

Nº 11274-562.771/05/10-00002/00003

Série: UT

Regime Especial Proc. DRT 1-14397-90

Telefônica Brasil S.A.

Av. Engenheiro Luiz Carlos Barilari, 1376 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP. 04571-936
IE: 106363946112 IM: 2.671.449-0 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

2721

Local 11274
Telefone 3896-5766 0 DV 1
NRC 03555947909 Uso NEGOCIO
Inscrição Estadual nº
CNPJ / CPF Nº 50.320.605/0001-38

CTC JAGUARE SPM PL9

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R MARIANO P A CARVALHO PFTO 86 - PR DO PEREQUE
11630-000 ILHABELA - SP

Total da Fatura 293,37
Vencimento 21/05/2018
Mês 05/2018

| | | | | | | | | |
|-----|------------|------------|----------|--------|----------|------|--------|------|
| 001 | 16/04/2018 | 99248-8415 | AREA-012 | CLARO | 08H57M06 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 002 | 16/04/2018 | 99248-8415 | AREA-012 | CLARO | 15H07M42 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 003 | 16/04/2018 | 99774-4592 | AREA-012 | VIVO | 12H03M42 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 004 | 17/04/2018 | 99103-9826 | AREA-012 | CLARO | 13H58M06 | 0,9 | NORMAL | 0,22 |
| 005 | 17/04/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 13H45M06 | 2,0 | NORMAL | 0,50 |
| 006 | 17/04/2018 | 99631-2306 | AREA-012 | VIVO | 09H12M12 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 007 | 18/04/2018 | 99173-7447 | AREA-012 | CLARO | 11H14M24 | 5,9 | NORMAL | 1,49 |
| 008 | 18/04/2018 | 99722-1860 | AREA-012 | VIVO | 09H07M06 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 009 | 19/04/2018 | 96171-0315 | AREA-012 | TIM | 10H29M42 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 010 | 19/04/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 09H07M36 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 011 | 19/04/2018 | 99261-0789 | AREA-012 | CLARO | 10H20M42 | 1,2 | NORMAL | 0,30 |
| 012 | 20/04/2018 | 98193-3131 | AREA-012 | TIM | 11H45M54 | 3,0 | NORMAL | 0,75 |
| 013 | 20/04/2018 | 99290-0169 | AREA-012 | CLARO | 16H06M00 | 0,9 | NORMAL | 0,22 |
| 014 | 23/04/2018 | 98156-8104 | AREA-012 | CLARO | 10H33M06 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 015 | 23/04/2018 | 98193-3131 | AREA-012 | TIM | 15H40M54 | 2,0 | NORMAL | 0,50 |
| 016 | 23/04/2018 | 99156-5843 | AREA-012 | CLARO | 15H22M36 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 017 | 23/04/2018 | 99213-9662 | AREA-012 | CLARO | 10H36M00 | 5,6 | NORMAL | 1,67 |
| 018 | 23/04/2018 | 99213-9662 | AREA-012 | CLARO | 12H40M36 | 20,5 | NORMAL | 5,19 |
| 019 | 24/04/2018 | 98206-4905 | AREA-012 | CLARO | 14H06M48 | 2,4 | NORMAL | 0,60 |
| 020 | 24/04/2018 | 99609-4653 | AREA-012 | VIVO | 16H00M42 | 1,8 | NORMAL | 0,45 |
| 021 | 24/04/2018 | 99709-0971 | AREA-012 | CLARO | 09H49M36 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 022 | 24/04/2018 | 99709-0972 | AREA-012 | VIVO | 09H48M30 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 023 | 25/04/2018 | 99156-5843 | AREA-012 | CLARO | 13H47M00 | 0,7 | NORMAL | 0,17 |
| 024 | 26/04/2018 | 99105-7886 | AREA-012 | CLARO | 09H45M42 | 2,1 | NORMAL | 0,53 |
| 025 | 26/04/2018 | 99164-1533 | AREA-012 | CLARO | 10H34M00 | 1,5 | NORMAL | 0,37 |
| 026 | 26/04/2018 | 99248-8415 | AREA-012 | CLARO | 12H42M42 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 027 | 26/04/2018 | 99724-1510 | AREA-012 | TIM | 11H40M42 | 3,8 | NORMAL | 0,96 |
| 028 | 27/04/2018 | 97409-8956 | AREA-012 | NEXTEL | 15H52M00 | 1,4 | NORMAL | 0,35 |
| 029 | 27/04/2018 | 98111-4455 | AREA-012 | VIVO | 08H50M24 | 1,9 | NORMAL | 0,48 |
| 030 | 27/04/2018 | 98128-1632 | AREA-012 | TIM | 14H51M00 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 031 | 27/04/2018 | 98178-8110 | AREA-012 | TIM | 14H15M42 | 0,6 | NORMAL | 0,15 |
| 032 | 27/04/2018 | 98232-5874 | AREA-012 | TIM | 12H21M00 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 033 | 27/04/2018 | 98820-3017 | AREA-012 | OI | 16H23M06 | 0,5 | NORMAL | 0,12 |
| 034 | 27/04/2018 | 98857-9244 | AREA-012 | OI | 14H32M12 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 035 | 27/04/2018 | 99108-9787 | AREA-012 | CLARO | 12H04M54 | 1,1 | NORMAL | 0,27 |
| 036 | 27/04/2018 | 99123-4350 | AREA-012 | CLARO | 15H15M36 | 0,9 | NORMAL | 0,22 |
| 037 | 27/04/2018 | 99155-1737 | AREA-012 | CLARO | 12H25M18 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 038 | 27/04/2018 | 99198-7161 | AREA-012 | CLARO | 15H57M18 | 1,6 | NORMAL | 0,40 |
| 039 | 27/04/2018 | 99207-0900 | AREA-012 | CLARO | 14H05M30 | 0,8 | NORMAL | 0,20 |
| 040 | 27/04/2018 | 99225-0651 | AREA-012 | CLARO | 15H19M54 | 0,9 | NORMAL | 0,22 |
| 041 | 02/05/2018 | 97404-6163 | AREA-012 | NEXTEL | 11H43M42 | 0,6 | NORMAL | 0,15 |
| 042 | 02/05/2018 | 98216-4020 | AREA-012 | TIM | 08H53M24 | 1,1 | NORMAL | 0,27 |
| 043 | 02/05/2018 | 98216-4020 | AREA-012 | TIM | 15H31M36 | 1,4 | NORMAL | 0,35 |
| 044 | 02/05/2018 | 99156-5843 | AREA-012 | CLARO | 11H54M12 | 2,4 | NORMAL | 0,60 |
| 045 | 02/05/2018 | 99159-3590 | AREA-012 | CLARO | 12H22M30 | 1,7 | NORMAL | 0,43 |
| 046 | 02/05/2018 | 99216-2178 | AREA-012 | CLARO | 11H47M30 | 1,0 | NORMAL | 0,25 |
| 047 | 03/05/2018 | 98216-4020 | AREA-012 | TIM | 09H27M12 | 1,7 | NORMAL | 0,43 |

Subtotal 37,32

Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15

| Data | Telefone | Localidade | UF | Inicio | Duração | Modalidade | |
|------|------------|------------|----|----------|---------|--------------|------|
| 048 | 04/04/2018 | 4615-4680 | SP | 17H51M42 | 1,3 | DIFERENCIADA | 0,39 |
| 049 | 04/04/2018 | 2101-9400 | SP | 09H36M24 | 1,9 | DIFERENCIADA | 1,54 |
| 050 | 05/04/2018 | 2712-7000 | SP | 16H44M18 | 2,7 | DIFERENCIADA | 1,85 |
| 051 | 06/04/2018 | 3589-5000 | MG | 09H53M30 | 6,0 | DIFERENCIADA | 4,88 |
| 052 | 09/04/2018 | 3223-5129 | SP | 09H22M06 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 053 | 09/04/2018 | 3454-7000 | SP | 14H28M30 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,75 |
| 054 | 09/04/2018 | 3112-8600 | SP | 10H39M18 | 2,7 | DIFERENCIADA | 1,85 |
| 055 | 09/04/2018 | 3327-5440 | SP | 12H30M36 | 0,7 | NORMAL | 0,25 |
| 056 | 09/04/2018 | 3219-1939 | RS | 15H30M24 | 0,7 | DIFERENCIADA | 0,56 |
| 057 | 10/04/2018 | 3752-9997 | ES | 09H13M06 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,40 |
| 058 | 10/04/2018 | 3688-1901 | MG | 14H22M36 | 1,3 | DIFERENCIADA | 1,05 |
| 059 | 19/04/2018 | 3775-3876 | SP | 12H09M42 | 0,5 | NORMAL | 0,18 |
| 060 | 19/04/2018 | 3304-7701 | SP | 11H40M00 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,40 |
| 061 | 19/04/2018 | 3226-8999 | RS | 16H00M06 | 1,1 | DIFERENCIADA | 0,89 |
| 062 | 19/04/2018 | 3287-3500 | RS | 13H36M24 | 11,8 | NORMAL | 5,55 |
| 063 | 20/04/2018 | 3304-7701 | SP | 10H58M48 | 1,4 | DIFERENCIADA | 1,13 |
| 064 | 23/04/2018 | 2669-9451 | SP | 16H44M48 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 065 | 23/04/2018 | 4004-4938 | SP | 15H25M06 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 066 | 23/04/2018 | 3405-5154 | SP | 16H55M36 | 2,8 | DIFERENCIADA | 1,94 |
| 067 | 23/04/2018 | 2087-4303 | SP | 11H11M30 | 2,5 | DIFERENCIADA | 1,73 |
| 068 | 23/04/2018 | 3371-4180 | RJ | 14H43M00 | 1,2 | DIFERENCIADA | 0,83 |
| 069 | 23/04/2018 | 3371-4279 | RJ | 14H41M36 | 0,9 | DIFERENCIADA | 0,62 |
| 070 | 24/04/2018 | 2669-9451 | SP | 14H45M18 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,34 |
| 071 | 24/04/2018 | 2669-9451 | SP | 16H03M42 | 1,2 | DIFERENCIADA | 0,83 |
| 072 | 24/04/2018 | 2942-5999 | SP | 10H30M54 | 2,6 | DIFERENCIADA | 1,80 |
| 073 | 24/04/2018 | 3405-5164 | SP | 13H47M00 | 0,5 | NORMAL | 0,18 |
| 074 | 24/04/2018 | 4049-2332 | SP | 16H02M54 | 0,5 | DIFERENCIADA | 0,41 |
| 075 | 24/04/2018 | 2087-4303 | SP | 14H49M00 | 2,4 | DIFERENCIADA | 1,66 |
| 076 | 24/04/2018 | 2087-4303 | SP | 15H34M30 | 11,6 | DIFERENCIADA | 8,05 |
| 077 | 24/04/2018 | 3371-2092 | RJ | 11H54M54 | 0,6 | DIFERENCIADA | 0,41 |
| 078 | 24/04/2018 | 3371-7504 | RJ | 12H02M06 | 4,3 | NORMAL | 1,59 |
| 079 | 25/04/2018 | 3238-9100 | SP | 14H45M18 | 2,8 | DIFERENCIADA | 1,94 |
| 080 | 26/04/2018 | 3577-9700 | SP | 10H17M42 | 3,1 | DIFERENCIADA | 2,15 |
| 081 | 02/05/2018 | 3211-8500 | SP | 09H36M36 | 1,2 | DIFERENCIADA | 0,98 |
| 082 | 03/05/2018 | 3367-4777 | SP | 15H34M24 | 4,6 | DIFERENCIADA | 3,19 |

Subtotal 51,94

Chamada Longa Distância Nacional Serviço Móvel Pessoal Vivo 15

| Data | Telefone | Localidade | UF | Inicio | Duração | Modalidade | |
|------|------------|------------|----|----------|---------|------------------|------|
| 083 | 09/04/2018 | 96188-6980 | SP | 10H14M42 | 0,5 | DENTRO DO ESTADO | 0,38 |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

ICMS: Base de Cálculo: ***** Aliquota: ** Valor do ICMS: *****



GRUPO:

ÁGUA E ESGOTO

MAIO / 2018



**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 . 00000316-5 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 826100000007 | 974800971463 | 120323890216 | 211300180521 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Empresa: | SABESP CIA SAN BASIC |
| Valor: | 97,48 |
| Identificação da operação: | SABESP RH |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 09/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 09/05/2018 16:13:11 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00412539 |
| Chave de segurança: | FCSH0GCAVA21UTNL |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



RGI 03238902/70 **No da Conta** 1461032389021 **GR. CR** 10 **Mes de Referência** MAIO/18
End.: R Alzira Siqueira Reale, 00050 **Folha 1 de 1**
Centro: Iliabela/SP CEP: 11630000
Ciente: Santa Casa De Misericórdia De Iliabela **Código do Cliente:** 0000005636
Cod. Sabesp: 10.352.02.03.1300.000.000.010.5 **Tipo de Ligação:** Água e Esgoto
Economias: 0 Res + 1 Com + 0 Ind + 0 Pub **Hidrometro:** Y16L517254
Tipo de Faturamento: Comum

| Apresentação | Data | Leitura | Consumo m3 8 | Historico do Consumo de Agua | | | | | |
|------------------|----------|---------|--------------------|------------------------------|---|----|---|---|----|
| Leitura Atual | 23/04/18 | 105 | | 8 | 8 | 12 | 7 | 8 | 10 |
| Leitura Anterior | 23/03/18 | 97 | | | | | | | |
| Proxima Leitura | 23/05/18 | | | | | | | | |

Período de Consumo: 31 dias
 Condição de Leitura: LEITURA NORMAL
 Média: 9 Ajuste: 1.033

Calculo do Valor da Conta Residencial Por Economia

| Faixa Consumo (m3) | Consumo(m3) por Economia | Água | | Esgoto | |
|--------------------|--------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | | Tarifa(R\$) | Valor(R\$) | Tarifa(R\$) | Valor(R\$) |
| Ate 10 | Minimo | 48,50 | 48,50 | 48,50 | 48,50 |
| 11 A 20 | | 6,32 | | 6,32 | |
| 21 A 30 | | 13,80 | | 13,80 | |
| 31 A 50 | | 13,80 | | 13,80 | |
| Acima de 50 | | 14,90 | | 14,90 | |
| | | | 48,50 | | 48,50 |

VI Água (Água * Ft. de Ajust * Econ) 48,50 x 1.00000000 x 1 = 48,50
 VI Esgoto (Esgoto * Ft. de Ajust * Econ) 48,50 x 1.00000000 x 1 = 48,50

Total Nao Residencial (Valor Agua + Valor Esgoto) = 97,00

Discriminacao do Faturamento

| Item | Valor (R\$) | Total a Pagar: | R\$ *****97,48 |
|---------------------|-------------|----------------|----------------|
| Água | 48,50 | Vencimento: | 09/05/18 |
| Esgoto | 48,50 | | |
| Tx Regulacao - TRCF | 0,48 | | |

No caso de pagamento em atraso
 Sera acrescido de multa de 2%, mais atualizacao monetaria com base na variacao do IPCA/IBGE do mes anterior, mais juros de mora de 0,033% ao dia. A conta nao paga ate a data de vencimento sujeita o imovel ao corte do fornecimento de agua.

Oferecemos: datas opcionais de vencimento para sua conta 01 - 05 - 10 - 15 - 20 - 25. Havendo interesse entre em contato com a SABESP

Total a Pagar 97,48 **Faca a sua parte. Economize Agua.**

Avisos ao Cliente
 ACESSO RQA 2017 LINK: HTTP://SITE.SABESP.COM.BR/SITE/INTERNA/DEFAULT.ASPX?SECAOID=42

| Tributos | Aliquota(%) | Base de Calculo(R\$) | Valor(R\$) |
|--------------------|-------------|----------------------|------------|
| PIS/PASEP e COFINS | 6,56 | 97,48 | 6,39 |

Qualidade da Agua -- Decreto Presidencial 5440/05 Portaria Ministerio da Saude 5/17 - Anexo XX
 Parametros Turbidez Cor Clorc Coliformes totais Escherichia Coli
 Minimo Exigido 039 010 039 039 039
 Amostras Realizadas 039 010 039 039 039
 Amostras que atendem ao padrao 039 010 039 039 039
 Todas as amostras atenderam a legislacao

GRUPO:

Energia Elétrica
Elektro Redes S.A

MAIO / 2018

**Comprovante de pagamento de água, luz, telefone e gás
Via Internet Banking CAIXA**

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 . 00000316-5 |

| | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Representação numérica do código de barras: | 836100000055 | 637500220586 | 001010201844 | 132046879459 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Empresa: | ELEKTRO ELET SERV S/ |
| Valor: | 563,75 |
| Identificação da operação: | ELEKTRO RH |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 21/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 21/05/2018 11:24:05 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00626070 |
| Chave de segurança: | K2W06Q4U81GUNEW7 |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



41013000

Elektro Redes S.A.
R. Ary Petten de Souza, 321 - 13053-024 - Campinas - SP
CNPJ 02.238.280/0001-07 - Insc. Est. 244.868.522.118
Av. Balduino Lefevre, 2032 - 78010-270 - Jacinto Alves - Três Lagoas - MS
CNPJ 02.238.280/0002-78 - Insc. Est. IE 28.304.126-9

www.elektro.com.br

Nota Fiscal / Conta de energia elétrica 10436224

| Próxima Leitura | Conta do Mês | Vencimento | Valor R\$ |
|-----------------|--------------|------------|-----------|
| 06/06/2018 | MAIO/2018 | 21/05/2018 | 563,75 |

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R DONA ALZIRA STQUEIRA REALE, 50 - ADM - CENTRO - ILHABELA - SP
Loc/Etapa/Liv: 0161,04,004948 - CEP 1.630000

Reservado ao Fisco: 4104.80A0.80CF.6331.1369.7FAA.CB51.3108 Período Fiscal 05/2018
CPF / CNPJ: 50320605000138 Controle: 01-20184132046879-45
Data de Emissão: 07/05/2018 Data de Apresentação: 07/05/2018

| Dados de Cadastro | | Classificação |
|----------------------------------|------------------|--|
| Metro/Constante | 817216013 / 1,00 | COMERCIAL, SERVICOS, OUTRAS ATIVIDADES/HOS BIFASICO |
| Tensão Nominal ou contratada (v) | 127 / 220 | Limite adequados de tensão (v) 116 A 133 / 201 A 231 |

| Item | Leitura | | Anterior | Dias do Período | Composição do Fornecimento | |
|---------|----------|-------|----------|-----------------|----------------------------|--------|
| | Anterior | Atual | | | | |
| CONSUMO | 6470 | 7300 | 05/04/18 | 32 | Energia | 174,94 |
| | | | | | Distribuição | 103,57 |
| | | | | | Transmissão | 35,49 |
| | | | | | Perdas | 25,98 |
| | | | | | Encargos | 66,81 |
| | | | | | Tributos | 127,24 |

| Detalhamento da Conta | | | | | | | |
|---|---------|----------|---------------|------------|-------------------|--------------|---------------|
| CCI* Descrição | Qtde | Tarifa | Valor | Base Calc. | Aliq. | Valor | Valor Total |
| do Produto | Fornec. | Fornec. | Imposto | Imposto | ICMS (fornec+Imp) | | |
| 0601 CONSUMO TE | 830 | 0,272630 | 226,28 | 297,07 | 18,00% | 53,47 | 279,75 |
| 0601 CONSUMO TUSD | 830 | 0,215310 | 178,70 | 234,60 | 18,00% | 42,22 | 220,92 |
| 0601 AD.B.AMAR. | 830 | 0,002180 | 1,81 | 2,36 | 18,00% | 0,42 | 2,23 |
| 0699 VALOR DO COFINS | | | | 534,04 | 4,79% | | 25,58 |
| 0699 VALOR DO PIS | | | | 534,04 | 1,04% | | 5,55 |
| 0699 COBRANCA ILLUM PUBLICA PARA A PREFEITURA | | | | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 16,27 |
| CORRECAO MONETARIA POR ATRASO | | | | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,14 |
| JUROS CONTA ANTERIOR | | | | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 0,22 |
| MULTA CONTA ANTERIOR | | | | 0,00 | 0,00% | 0,00 | 13,09 |
| Total da fatura | | | 406,79 | | | 96,11 | 563,75 |

*CCI - Código Classificação do Item

| Histórico de Consumo | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| MAI | ABR | MAR | FEV | JAN | DEZ | NOV | OUT | SET | AGO | JUL | MAI |
| 830 | 1012 | 871 | 895 | 855 | 574 | 541 | 539 | 362 | 385 | 345 | |

ATENÇÃO AS [1.5.50.8]

Band.Tarif. Verde:06/04-30/04 Amarela:01/05-07/05
A Prefeitura e quem atende a iluminação da sua rua. Ligue 1238969200.

AVISO IMPORTANTE DE DÉBITO / CORTE

DÉBITOS ANTERIORES

| Indicadores de Continuidade | | Conjunto: ILHABELA | Mês: 03/2018 |
|---|------|--------------------|--------------|
| Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$): 187,53 | | | |
| DIC - Duração de Interrupção Individual (h) | Meta | Mês | Tri |
| FIC - Frequência de Interrupção Individual | | 5,07 | 10,15 |
| DMIC - Duração máxima de Interrupção Contínua (h) | | 3,17 | 6,35 |
| | | 2,86 | 12,70 |
| | | | 0,00 |
| | | | 0,00 |

| Seu Código | Controle No. | Banco | Agencia | Vencimento | Total |
|------------|----------------------|-------|---------|------------|--------|
| 41013000 | 01-20184132046879-45 | | | 21/05/2018 | 563,75 |

836100000055 637500220586 001010201844 132046879459



GRUPO:

ALUGUEL

MAIO / 2018

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 4694 / 6490-4 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | KERINE DE JESUS SIRINO LOCADORA ME |
| CPF/CNPJ: | 09.535.629/0001-00 |
| Valor: | R\$ 122.453,35 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | KR LOCADORA |
| Histórico: | NFS 96, 97 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 03/05/2018 - 10:58:05 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00138664 |
| Chave de segurança: | 5URFU8L7FM5E2FY7 |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

K R LOCADORA
KERINE DE JESUS SIRINO LOCADORA - ME
CEL (12) 9.9767.1265

Rua Manoel Macario da Silva, 254
 Barra Velha - CEP 11630-000 - Ilhabela - Est. São Paulo

CNPJ 09.535.629/0001-00 INSCR. EST. 352.073.794.114

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE

1.a via = Dest. / Rem. Branca **Modelo 7 - SÉRIE B-1**
 2.a via = Fixa ou Arq. Fiscal Rosa
 3.a via = Fisco Azul **[No] 000096**

Natureza da Operação: **TRANSP. PACIENTE**
 Código

AO(S) SR.(S) IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
 ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAV CHERECK, 15
 BAIRRO CENTRO CIDADE ILHABELA CEP 11630-000 ESTADO SP
 CNPJ / CPF N.º 50.320.605/0001-32 INSCR. EST. / RG N.º 1SENTO

| DUPLICATA Nº DE ORDEM | VALOR | PRAÇA DE PAGAMENTO | DATA DE VENCIMENTO |
|-----------------------|-------|--------------------|--------------------|
| | | | A VISTA |

PERCURSO: ILHABELA / GRANDE SÃO PAULO DATA DA EMISSÃO: 30 / 04 / 2018

| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | FRETE R\$ | OUTROS VALORES | VALOR DA PRESTAÇÃO |
|--------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------|--------------------|
| 39 | <u>viagens intermunicipais</u> | <u>1.753,85</u> | | <u>68.400,15</u> |
| | | | | |
| INTERVENÇÃO | | | | |
| DECRETO 6353/2017 | | | | |

OBSERVAÇÕES TOTALIS

| BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR DO ICMS | TOTAL DA PRESTAÇÃO <u>68.400,15</u> |
|-----------------|----------|---------------|-------------------------------------|
| | | | |

VEÍCULO MARCA: _____ MODELO: _____ ANO: _____ PLACA: _____
 CERTIFICADO DE PROPRIEDADE Nº _____ UF _____

OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FORAM PRESTADOS:
Ilhabela 30 / 04 / 2018

Gabriel Reis Oliveira
 Aux. Administrativo IV
 RG: 41.752.203-4
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
USUÁRIO

K R LOCADORA
KERINE DE JESUS SIRINO LOCADORA - ME
CEL (12) 9.9767.1265
 Rua Manoel Macario da Silva, 254
 Barra Velha - CEP 11630-000 - Ilhabela - Est. São Paulo
 CNPJ 09.535.629/0001-00 INSCR. EST. 352.073.794.114

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE
 1.a via = Dest. / Rem. Branca **Modelo 7 - SÉRIE B-1**
 2.a via = Fixa ou Arq. Fiscal Rosa
 3.a via = Fisco Azul **№! 000097**
 Natureza da Operação: TRANSP. PACIENTE
 Código

AO(S) SR.(S) IRMANIDADES DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
 ENDEREÇO RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15
 BAIRRO CENTRO CIDADE ILHABELA CEP 11630-000 ESTADO SP
 CNPJ / CPF N.º 50.320.205/0001-32 INSCR. EST. / RG N.º

| DUPLICATA Nº DE ORDEM | VALOR | PRAÇA DE PAGAMENTO | DATA DE VENCIMENTO |
|-----------------------|-------|--------------------|--------------------|
| | | | <u>A LISTA</u> |

PERCURSO: ILHABELA/ CONG LESTE PAULISTA DATA DA EMISSÃO: 30 / 04 / 2018

| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | FRETE R\$ | OUTROS VALORES | VALOR DA PRESTAÇÃO |
|-----------|--------------------------------|-----------------|----------------|--------------------|
| <u>34</u> | <u>Viagens intermunicipais</u> | <u>1.589,80</u> | | <u>54.053,20</u> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| OBSERVAÇÕES | | | TOTAIS |
|-----------------|----------|---------------|--|
| BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR DO ICMS | TOTAL DA PRESTAÇÃO <u>54 053,20</u> |

VEÍCULO MARCA: _____ MODELO: _____ ANO: _____ PLACA: _____
 CERTIFICADO DE PROPRIEDADE N° _____ UF _____

OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FORAM PRESTADOS:
Ilhabela 30 / 04 / 2018
 Gabriel Reis Oliveira
 Ass. Administrativo IV
 RG: 41150410
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 3197 / 26319-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MEHCA MONTAGEM E MANUTENCAO DE EQUIPAMEN |
| CPF/CNPJ: | 04.974.637/0001-30 |
| Valor: | R\$ 9.800,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MEHCA |
| Histórico: | AVISO VENC 4006571 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 09/05/2018 - 12:42:33 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00152678 |
| Chave de segurança: | W5QA1R548Q1KA6WF |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

|  <p>OZONEBRAS Tecnologia a serviço da natureza www.ozonebras.com.br</p> | <p>MEHCA – Montagem e Manutenção de Equipamentos Home Health Care Ltda – EPP</p> <p>CNPJ: 04.974.637/0001-30 / IE: 645.434.380.117 AV. OURO FINO, 1671 BQ EUCALIPTOS S J CAMPOS 12233-401</p> <p>(12) 3936-2971 financeiro@ozonebras.com.br (12) 3917-3060 contato@ozonebras.com.br</p> | <p>AVISO DE VENCIMENTO</p> <p>Em: 16/04/2018</p> <p>4006571</p> |  | | | | | | |
|--|---|--|---|----------------------|--------------|---------------|----------|-------------------|---------------------|
| <p>RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHA BELA</p> <p>CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 IE:</p> <p>ENDEREÇO: R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15</p> <p>BAIRRO: CENTRO CIDADE: ILHABELA</p> | | <p>CÓDIGO: 4006</p> <p>FONES: (12)3896-9221</p> <p>e-mail: rh@santacasailhabela.org.br</p> <p>CEP: 11630-000</p> | | | | | | | |
| <p>NATUREZA DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO</p> | | <p>CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: DEPÓSITO</p> | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>SUBTOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SISTEMA USINA MODELO</td> <td>R\$ 9.800,00</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | | DESCRIÇÃO | SUBTOTAL | SISTEMA USINA MODELO | R\$ 9.800,00 | - | - | | |
| DESCRIÇÃO | SUBTOTAL | | | | | | | | |
| SISTEMA USINA MODELO | R\$ 9.800,00 | | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | | |
| <p>Todas as informações constantes neste aviso estão em conformidade com contrato de locação firmado entre as partes e a liquidação da presente despesa está sujeita à validação do crédito.</p> |  _____ Assinatura | <table border="1"> <tr> <td>R\$ SUBTOTAL:</td> <td>R\$ 9.800,00</td> </tr> <tr> <td>R\$ DESCONTO:</td> <td>R\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td>R\$ TOTAL:</td> <td>R\$ 9.800,00</td> </tr> </table> | | R\$ SUBTOTAL: | R\$ 9.800,00 | R\$ DESCONTO: | R\$ 0,00 | R\$ TOTAL: | R\$ 9.800,00 |
| R\$ SUBTOTAL: | R\$ 9.800,00 | | | | | | | | |
| R\$ DESCONTO: | R\$ 0,00 | | | | | | | | |
| R\$ TOTAL: | R\$ 9.800,00 | | | | | | | | |
| <p>Emitido em: 06/04/2018</p> | | | | | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 7429 / 1900-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | W N TRANSPORTE E TURISMO NAUTICO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 10.360.858/0001-10 |
| Valor: | R\$ 1.800,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | W N TRANSPORTE |
| Histórico: | NF 165 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 15/05/2018 - 16:39:41 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00110854 |
| Chave de segurança: | Y2HQHAVZ57X62JPQ |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria da Saúde
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – Fone: (12) 3896 9201
e-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

Secretaria
da Saúde
Ilhabela

Memorando nº549/2018

09/05/2018

De: Secretaria da Saúde

Para: RH Santa Casa / Financeiro

Assunto: PAGAMENTO

Venho através deste solicitar pagamento da nota fiscal nº00165 referente viagem com a Equipe Médica no dia 25/04/2018 para a Praia Mansa, Vermelha, Figueira e Saco do Sombrio.

Sem mais,


Daise Nogueira Ferreira Brandão
RG: 65.126.06-3
Auxiliar Administrativo 4

14/5/18


Gustavo Barboni de Freitas
Secretário Adjunto de Saúde
Prefeitura Municipal de Ilhabela


Saranda Reis de Almeida
Assistente de Comunidades

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ILHABELA

Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria da Saúde
R. do Quilombo, 199 – Perequê – Fone: (12) 3896-9221 ramal 9340
E-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br



**REQUISICÃO DE EMBARCAÇÃO PARA TRANSPORTE DA EQUIPE COMUNIDADES TRADICIONAIS E/OU
PACIENTES.**

REQUISICÃO Nº002 /2018.

DATA: 25 de ABRIL.

SAÍDA: 07:30 hs.

DESTINO: PRAIA MANSA, VERMELHA, FIGUEIRA E SOMBRIO.

EMBARCAÇÃO: WILSON

JUSTIFICATIVA: ATEDIMENTO DE ROTINA EQUIPE MÉDICA.

EQUIPE: EQUIPE MÉDICA

RESPONSÁVEL:


Sandra Reis de Almeida
RG: 26.599.628-4
Auxiliar Administrativo

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA
00165

DATA DA EMISSÃO
25-04-2018 16:03:05
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
77A33A907

COMPETÊNCIA: 04/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

W.N. TRANSPORTE & TURISMO NAUTICO LTDA

ENDEREÇO:

GERSON PERES DE ARAUJO, 220 - BARRA VELHA

COMPLEMENTO:

FUNDOS

CPF/CNPJ:

10.360.858/0001-10

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3895-8394

INSC.MUNICIPAL:

06165

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

w.tour@terra.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

9.02 - Agenciamento, organização, promoção, intermediação e execução de programas de turismo, passeios, viagens, excursões, hospedagens e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

VIAGEM COM EQUIPE DA SAUDE PARA AS PRAIAS MANSA, VERMELHA, FIGUEIRA E SACO DO SOMBRIO NO DIA 25/04/2018

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

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

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 2,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 1.800,00
Base de Cálculo..... R\$ 1.800,00
Valor de Crédito..... R\$ 0,00
Total de Deduções..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
Valor do ISS..... R\$ 36,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 1.800,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.libra.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 7429 / 1900-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | W N TRANSPORTE E TURISMO NAUTICO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 10.360.858/0001-10 |
| Valor: | R\$ 1.800,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | W N TRANSPORTE |
| Histórico: | NF 166 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 11:14:08 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00129291 |
| Chave de segurança: | 6EJ9S92JHRCW2V1L |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria da Saúde
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – Fone: (12) 3896 9201
e-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

Secretaria
da Saúde
Ilhabela

Memorando nº552/2018

09/05/2018

De: Secretaria da Saúde

Para: RH Santa Casa / Financeiro

Assunto: PAGAMENTO

Venho através deste solicitar pagamento da nota fiscal nº00166 referente viagem com a Equipe Médica no dia 08/05/2018 para a Praia da Serraria e Fome.

Sem mais,


Deise Nogueira Ferreira Brandão
RG: 65.126.06-3
Auxiliar Administrativo 4

14/5/18


Saranda Reis de Almeida
Assistente de Comunidades


Gustavo Barboni de Freitas
Secretário Adjunto de Saúde
Prefeitura Municipal de Ilhabela

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**REQUISIÇÃO DE EMBARCAÇÃO PARA TRANSPORTE DA EQUIPE COMUNIDADES TRADICIONAIS E/OU
PACIENTES.**

REQUISIÇÃO Nº005 /2018.

DATA: 08 de MAIO.

SAÍDA: 07:30 hs.


DESTINO: PRAIA DA SERRARIA E FOME

EMBARCAÇÃO: WILSON

JUSTIFICATIVA: ATEDIMENTO DE ROTINA EQUIPE MÉDICA.

EQUIPE: EQUIPE MÉDICA.

RESPONSÁVEL:


Supervisor de Apoio de Administração
R.O.: 26.599.628-A
Auxiliar Administrativo

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO DA NOTA

00166

DATA DA EMISSÃO

08-05-2018 14:53:25

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

B8DA39B8D

COMPETÊNCIA:
05/2018

LOCAL DO SERVIÇO:
ILHABELA - SP

NFS SUBSTITUÍDA:
-

N. RPS:
0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
W.N. TRANSPORTE & TURISMO NAUTICO LTDA
ENDEREÇO:
GERSON PERES DE ARAUJO, 220 - BARRA VELHA
COMPLEMENTO:
FUNDOS

CPF/CNPJ:
10.360.858/0001-10
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3895-8394

INSC.MUNICIPAL:
06165
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
w.tour@terra.com.br

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

9.02 - Agenciamento, organização, promoção, intermediação e execução de programas de turismo, passeios, viagens, excursões, hospedagens e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

VIAGEM COM PESSOAL DA SAUDE PARA ATENDIMENTO NAS PRAIA DA FOME E SERRARIA NO DIA 08/05/2018

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

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

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 2,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 1.800,00
Base de Cálculo..... R\$ 1.800,00
Valor de Crédito..... R\$ 0,00
Total de Deduções..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
Valor do ISS..... R\$ 36,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 1.800,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 001 - BANCO DO BRASIL S/A - 000000000 |
| Conta destino: | 4694 / 108531-0 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | NATALIA FERNANDA RIBEIRO DOS SANTOS |
| CPF/CNPJ: | 20.074.215/0001-64 |
| Valor: | R\$ 880,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | BELLA TURISMO |
| Histórico: | NF 36 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 17/05/2018 - 11:18:57 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00130078 |
| Chave de segurança: | FG4XCSVVH39W10XS |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria da Saúde
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – Fone: (12) 3896 9201
e-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

Secretaria
da Saúde
Ilhabela

Memorando nº550/2018

09/05/2018

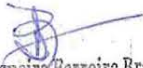
De: Secretaria da Saúde

Para: RH Santa Casa / Financeiro

Assunto: PAGAMENTO

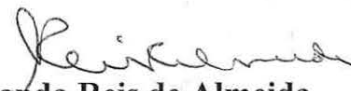
Venho através deste solicitar pagamento da nota fiscal nº00036 referente viagem com a Equipe Médica no dia 26/04/2018 para a Praia de Castelhanos.

Sem mais,


Deise Nogueira Ferreira Brandão
RG: 65.126.06-3
Auxiliar Administrativo 4

14/05/18


Gustavo Barboni de Freitas
Secretário Adjunto de Saúde
Prefeitura Municipal de Ilhabela


Saranda Reis de Almeida
Assistente de Comunidades

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA
00036

DATA DA EMISSÃO
08-05-2018 09:46:35
CÓDIGO VERIFICAÇÃO
2150A5C66

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA: 05/2018 LOCAL DO SERVIÇO: ILHABELA - SP NFS SUBSTITUÍDA: - N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL: NATALIA FERNANDA RIBEIRO DOS SANTOS
38013588874
ENDEREÇO: PRINCESA ISABEL, 1324 - PEREQUÊ
COMPLEMENTO: LOJA 01
CPF/CNPJ: 20.074.215/0001-64
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 9740-22040
INSC.MUNICIPAL: 08807
CEP: 11.630-000
E-MAIL: natalia_ilhabela@hotmail.com
SIMPLES NACIONAL: (x) SIM () NÃO
PAÍS: BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO: PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:
CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38
MUNICÍPIO: ILHABELA - SP
TELEFONE: (12) 3896-5566
INSC.MUNICIPAL: 883
CEP: 11.630-000
E-MAIL: rh@santacasailhabela.org.br
PAÍS: BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

9.02 - Agenciamento, organização, promoção, intermediação e execução de programas de turismo, passeios, viagens, excursões, hospedagens e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

LOCAÇÃO DE VEÍCULO 4 X 4 PARA VIAGEM BUSCA ATIVA HANSENÍASE + VACINAÇÃO INFLUENZA E FEBRE AMARELA, COM FORNECIMENTO DE LANCHE.

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

| IMPOSTOS FEDERAIS | DEDUÇÕES | VALOR DO SERVIÇO..... | R\$ 880,00 |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| PIS..... R\$ 0,00 | Alíquota DO ISS 0,00 % | Base de Cálculo..... | R\$ 880,00 |
| COFINS..... R\$ 0,00 | Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00 | Valor de Crédito..... | R\$ 0,00 |
| IR..... R\$ 0,00 | Desconto Condicionado..... R\$ 0,00 | Total de Deduções..... | R\$ 0,00 |
| INSS..... R\$ 0,00 | Outras Retenções..... R\$ 0,00 | Total de Imp. Federais..... | R\$ 0,00 |
| CSLL..... R\$ 0,00 | Outras Deduções..... R\$ 0,00 | Valor do ISS..... | R\$ 0,00 |
| | Regime Especial Tributação... Nenhum | VALOR LÍQUIDO..... | R\$ 880,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela / SP
 CEP 11630-000 - Fone 3896-5766
 Inscrição CNPJ: 50.320.605/0001-38



ORDEM DE COMPRA Nº 086/18

FORNECEDOR: NATALIA FERNANDA RIBEIRO DOS SANTOS

CNPJ: 20.074.215/0001-64

BANCO: BRASIL

AGENCIA: 4694-9

C/C: 108531-0

VENDEDOR: NATALIA

| ITEM | QUANT. | UN. | DISCRIMINAÇÃO | MARCA | UNITÁRIO | TOTAL |
|------|--------|------|---|-------|------------|------------|
| 1 | 1 | SERV | LOCAÇÃO DE VEICULO UTILITARIO COM TRAÇÃO 4 X 4 P/ TRASNPORTE DE EQUIPE MEDICA E EQUIPAMENTOS P/ PRESTAR ATENDIMENTO, TENDO COMO DESTINO A COMUNIDADE TRADICIONAL DE CASTELHANOS. SERA FORNECIDO LANCHES, SUCOS, AGUA E FRUTAS PARA EQUIPE DURANTE TODO ATENDIMENTO. | | R\$ 880,00 | R\$ 880,00 |

VALOR DO PEDIDO: R\$ 880,00

OBSERVAÇÃO: CONFORME MEMORANDO EQUIPE SAUDE COMUNIDADES TRADICIONAIS Nº 10/2018

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: A VISTA.

LOCAL DE SAIDA: UBS PEREQUE

PRAZO DE ENTREGA: 1 DIA

Gustavo Barboni de Freitas
 Gustavo Barboni de Freitas
 Interventor
 Decreto Municipal 6.612/2017
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

25/04/2018

José Denilson da Silva
 José Denilson da Silva
 RG 47.801.156-8
 Supervisor de Compras
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela
 25.04.18

Diego Medeiros Lombardi
 Diego Medeiros Lombardi
 Analista Financeiro
 RG: 44.005.028-5 SSP/SP
 Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 3197 / 26319-1 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | MEHCA MONTAGEM E MANUTENCAO DE EQUIPAMEN |
| CPF/CNPJ: | 04.974.637/0001-30 |
| Valor: | R\$ 9.800,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | MEHCA |
| Histórico: | AVISO VENC 4006591 COMPET MAIO |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 24/05/2018 - 11:40:26 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00129232 |
| Chave de segurança: | 4Z84VNFCWEFEYY4C |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

|  <p>MEHCA – Montagem e Manutenção de Equipamentos Home Health Care Ltda – EPP</p> <p>CNPJ: 04.974.637/0001-30 / IE: 645.434.380.117 AV. OURO FINO, 1671 BQ EUCALIPTOS S J CAMPOS 12233-401</p> <p>(12) 3936-2971 financeiro@ozonebras.com.br (12) 3917-3060 contato@ozonebras.com.br</p> <p>www.ozonebras.com.br</p> | <p>AVISO DE VENCIMENTO</p> <p>Em: 16/05/2018</p> |  | | | | | | |
|---|--|---|----------|----------------------|--------------|---|---|--|
| | <p>4006591</p> | | | | | | | |
| <p>RAZÃO SOCIAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHA BELA</p> | | <p>CÓDIGO: 4006</p> | | | | | | |
| <p>CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38</p> | <p>IE:</p> | <p>FONES: (12)3896-9221</p> | | | | | | |
| <p>ENDEREÇO: R PADRE BRONISLAU CHERECK, 15</p> | | <p>e-mail: rh@santacasailhabela.org.br</p> | | | | | | |
| <p>BAIRRO: CENTRO</p> | <p>CIDADE: ILHABELA</p> | <p>CEP: 11630-000</p> | | | | | | |
| <p>NATUREZA DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO</p> | | <p>CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: DEPÓSITO</p> | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>SUBTOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SISTEMA USINA MODELO</td> <td>R\$ 9.800,00</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | | DESCRIÇÃO | SUBTOTAL | SISTEMA USINA MODELO | R\$ 9.800,00 | - | - | |
| DESCRIÇÃO | SUBTOTAL | | | | | | | |
| SISTEMA USINA MODELO | R\$ 9.800,00 | | | | | | | |
| - | - | | | | | | | |
| <p>Todas as informações constantes neste aviso estão em conformidade com contrato de locação firmado entre as partes e a liquidação da presente despesa está sujeita à validação do crédito.</p> | | <p>R\$ SUBTOTAL: R\$ 9.800,00</p> <p>R\$ DESCONTO: R\$ 0,00</p> | | | | | | |
| <p>Emitido em: 08/05/2018</p> | | <p>R\$ TOTAL: R\$ 9.800,00</p> | | | | | | |
|  _____ Assinatura | | | | | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Banco: | 341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 060701190 |
| Conta destino: | 7429 / 1900-8 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | W N TRANSPORTE E TURISMO NAUTICO LTDA |
| CPF/CNPJ: | 10.360.858/0001-10 |
| Valor: | R\$ 2.000,00 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | W N TRANSPORTE |
| Histórico: | NF 167 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data / Hora da operação: | 24/05/2018 - 11:50:17 |
|---------------------------------|-----------------------|

| | |
|----------------------------|-----------------|
| Código da operação: | 00130635 |
| Chave de segurança: | GZ0MM9CW4LXMSKL |

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela
Secretaria da Saúde
Rua do Quilombo, 199 – Perequê – Fone: (12) 3896 9201
e-mail: saude@ilhabela.sp.gov.br

Secretaria
da Saúde
Ilhabela

Memorando nº611/2018

18/05/2018

De: Secretaria da Saúde

Para: RH Santa Casa / Financeiro

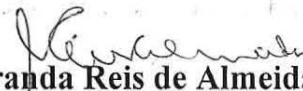
Assunto: PAGAMENTO

Venho através deste solicitar pagamento da nota fiscal nº00167 referente viagem com a Equipe Médica no dia 17/05/2018 para a Praia do Bonete.

Sem mais,


Deise Nogueira Pereira Braudão
RG: 65.126.06-3
Auxiliar Administrativo
23/5/18


Gustavo Barboni de Freitas
Secretário Adjunto de Saúde
Prefeitura Municipal de Ilhabela


Saranda Reis de Almeida
Assistente de Comunidades

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

**REQUISIÇÃO DE EMBARCAÇÃO PARA TRANSPORTE DA EQUIPE COMUNIDADES TRADICIONAIS E/OU
PACIENTES.**

REQUISIÇÃO Nº006 /2018.

DATA: 17 de MAIO.

SAÍDA: 07:30 hs.

DESTINO: PRAIA DO BONETE

EMBARCAÇÃO: WILSON

JUSTIFICATIVA: EQUIPE MEDICA.

EQUIPE: ATENDIMENTO DE ROTINA EQUIPE MÉDICA

RESPONSÁVEL:


Gustavo Barboni de Freitas
ANEXO 599 628-A
Auxiliar Administrativo


Gustavo Barboni de Freitas
Secretário Adjunto de Saúde
Prefeitura Municipal de Ilhabala

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00167

DATA DA EMISSÃO

17-05-2018 20:36:19

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

7ABEDEC2F

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA:
05/2018

LOCAL DO SERVIÇO:
ILHABELA - SP

NFS SUBSTITUÍDA:

N. RPS:
0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:

W.N. TRANSPORTE & TURISMO NAUTICO LTDA

ENDEREÇO:

GERSON PERES DE ARAUJO, 220 - BARRA VELHA

COMPLEMENTO:

FUNDOS

CPF/CNPJ:

10.360.858/0001-10

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3895-8394

INSC.MUNICIPAL:

06165

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

w.tour@terra.com.br

SIMPLES NACIONAL:

(x) SIM () NÃO

PAÍS:

BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

ENDEREÇO:

PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO

COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:

ILHABELA - SP

TELEFONE:

(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:

50.320.605/0001-38

CEP:

11.630-000

E-MAIL:

rh@santacasailhabela.org.br

INSC.MUNICIPAL:

883

PAÍS:

BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

9.02 - Agenciamento, organização, promoção, intermediação e execução de programas de turismo, passeios, viagens, excursões, hospedagens e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

VIAGEM COM EQUIPE DA SAUDE PARA A COMUNIDADE DA PRAIA DO BONETE NO DIA 17/05/2018, COM EMBARCAÇÃO MAIOR, COM CAPACIDADE PARA 12 PASSAGEIROS

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

Gustavo Barboni de Freitas
Secretário Adjunto de Saúde
Prefeitura Municipal de Ilhabela

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

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

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 2,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO.....

R\$ 2.000,00
Base de Cálculo..... R\$ 2.000,00
Valor de Crédito..... R\$ 0,00
Total de Deduções..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
Valor do ISS..... R\$ 40,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 2.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário selecionado pelo emissor: (X)Prestador ()Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.
- 5 - Serviço com a alíquota reduzida, conforme lei complementar 1.091/2015

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

GRUPO:

**Parcelamentos de Exercícios
Anteriores**

MAIO / 2018

BRAZIL

Services Barra GovBr

Titular do Certificado: 380.135.908-52 - BARBARA GARCEZ NASCIMENTO
Procurador de: 50.320.605/0001-38 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

Sair com Segurança

LOCALIZAR SERVIÇO

Alterar perfil de acesso

Você tem novas mensagens

CNPJ: 50.320.605/0001-38

PROCESSO: 10821-720260/2017-41 - Parcelado

TRIBUTO: MULTA

Para ver pagamentos e/ou emitir Darf, escolha a parcela.

Demonstrativo das parcelas até o mês corrente. Total de parcelas = 060

| NÚM. PARCEL. | DATA VENCIMENTO | VALOR DEBÍTO | DEBITO EM ATUAL. | SITUAÇÃO |
|--------------|-----------------|--------------|------------------|-----------|
| 001 | 30/06/2017 | 1.709,96 | 0,00 | Paga |
| 002 | 31/07/2017 | 1.727,05 | 0,00 | Paga |
| 003 | 31/08/2017 | 1.740,73 | 0,00 | Paga |
| 004 | 29/09/2017 | 1.754,41 | 0,00 | Paga |
| 005 | 31/10/2017 | 1.765,36 | 0,00 | Paga |
| 006 | 30/11/2017 | 1.776,30 | 0,00 | Paga |
| 007 | 28/12/2017 | 1.786,05 | 0,00 | Paga |
| 008 | 31/01/2018 | 1.795,28 | 0,00 | Paga |
| 009 | 28/02/2018 | 1.805,20 | 0,00 | Paga |
| 010 | 29/03/2018 | 1.813,24 | 0,00 | Paga |
| 011 | 30/04/2018 | 1.822,30 | 0,00 | Paga |
| 012 | 30/05/2018 | 1.831,19 | 1.831,19 | Em aberto |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

BRAZIL

Services Barra GovBr

Titular do Certificado: 380.135.908-52 - BARBARA GARCEZ NASCIMENTO
Procurador de: 50.320.605/0001-36 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

Sair com Segurança

LOCALIZAR SERVIÇO

Alterar perfil de acesso

Você tem novas mensagens

Para ver pagamentos e/ou emitir Darr, escolha a parcela.

Demonstrativo das parcelas até o mês corrente. Total de parcelas = 060

| NUM. PARC. | DATA VENCIMENTO | VAL. ATÉ VENCIMENTO | SALDO DEPARCELAS | SITUAÇÃO |
|------------|-----------------|---------------------|------------------|-----------|
| 001 | 29/07/2016 | 3.022,46 | 0,00 | Paga |
| 002 | 31/08/2016 | 3.052,68 | 0,00 | Paga |
| 003 | 30/09/2016 | 3.089,55 | 0,00 | Paga |
| 004 | 31/10/2016 | 3.123,10 | 0,00 | Paga |
| 005 | 30/11/2016 | 3.154,84 | 0,00 | Paga |
| 006 | 29/12/2016 | 3.186,27 | 0,00 | Paga |
| 007 | 31/01/2017 | 3.220,12 | 0,00 | Paga |
| 008 | 24/02/2017 | 3.253,07 | 0,00 | Paga |
| 009 | 31/03/2017 | 3.279,36 | 0,00 | Paga |
| 010 | 28/04/2017 | 3.311,10 | 0,00 | Paga |
| 011 | 31/05/2017 | 3.334,98 | 0,00 | Paga |
| 012 | 30/06/2017 | 3.363,09 | 0,00 | Paga |
| 013 | 31/07/2017 | 3.387,57 | 0,00 | Paga |
| 014 | 31/08/2017 | 3.411,75 | 0,00 | Paga |
| 015 | 29/09/2017 | 3.435,93 | 0,00 | Paga |
| 016 | 31/10/2017 | 3.455,27 | 0,00 | Paga |
| 017 | 30/11/2017 | 3.474,62 | 0,00 | Paga |
| 018 | 28/12/2017 | 3.491,84 | 0,00 | Paga |
| 019 | 31/01/2018 | 3.508,16 | 0,00 | Paga |
| 020 | 28/02/2018 | 3.525,69 | 0,00 | Paga |
| 021 | 29/03/2018 | 3.539,90 | 0,00 | Paga |
| 022 | 30/04/2018 | 3.555,92 | 0,00 | Paga |
| 023 | 30/05/2018 | 3.571,64 | 3.571,64 | Em aberto |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

BRAZIL

Services Barra GovBr

Titular do Certificado: 380.135.908-52 - BARBARA GARCEZ NASCIMENTO
Procurador de: 50.320.605/0001-38 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA

Sair com Segurança

LOCALIZAR SERVIÇO

Alterar perfil de acesso

Você tem novas mensagens

PROCESSO: 10821-720261/2017-96 - Parcelado**TRIBUTO: MULTA**

Para ver pagamentos e/ou emitir Darf, escolha a parcela.

Demonstrativo das parcelas até o mês corrente. Total de parcelas = 060

| PARCELA | DATA VENC | VL. ATUALIZADO | SALDO DEVEDOR | SITUAÇÃO |
|---------|------------|----------------|---------------|-----------|
| 001 | 30/06/2017 | 4.475,87 | 0,00 | Paga |
| 002 | 31/07/2017 | 4.520,62 | 0,00 | Paga |
| 003 | 31/08/2017 | 4.556,43 | 0,00 | Paga |
| 004 | 29/09/2017 | 4.592,24 | 0,00 | Paga |
| 005 | 31/10/2017 | 4.620,88 | 0,00 | Paga |
| 006 | 30/11/2017 | 4.649,53 | 0,00 | Paga |
| 007 | 28/12/2017 | 4.675,04 | 0,00 | Paga |
| 008 | 31/01/2018 | 4.699,21 | 0,00 | Paga |
| 009 | 28/02/2018 | 4.725,17 | 0,00 | Paga |
| 010 | 29/03/2018 | 4.746,21 | 0,00 | Paga |
| 011 | 30/04/2018 | 4.769,93 | 0,00 | Paga |
| 012 | 30/05/2018 | 4.793,20 | 4.793,20 | Em aberto |

Retornar

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

GRUPO:

**Despesas de Viagem / Taxas
Diversas / Correio / FFSS /
CAIXA**

MAIO / 2018

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 0288 / 003 / 00002288-0 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário: | CAIXA REST POUSADA JUNINHO BTS |
| Valor: | R\$ 300,00 |
| Identificação da operação: | REST POUSADA JUNINHO BTOS |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 02/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 02/05/2018 15:10:03 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00688551 |
| Chave de segurança: | 911R0NGC791AGNE7 |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.


SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|---|--------------|---|---------------------------|
|  | PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | Número da Nota - Serie 00000000808 - 1 | |
| | | | Autenticidade PIF2-BNCZ | |
| | | | Data de Emissão 03/05/2018 | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: MARIA EDINALVA PEREIRA DE SOUZA ME CPF/CNPJ: 24.621.973/0001-06 CCM: 32814 IE: Fone: 17-3322-7013/3323-42 Endereço: RUA ANTENOR DUARTE VILELA, 1520, DOUTOR PAULO PRATA - cep: 14784370 Município: Barretos UF: SP E-mail: | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 CCM: IE: Fone: Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, CENTRO - cep: 11630000 Município: ILHABELA UF: SP E-mail: | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| <p>NOTA FISCAL REFERENTE À HOSPEDAGEM DO PACIENTE LUIZ ROBERTO MALEIROS DE OLIVEIRA E ACOMPANHANTE 160,00 REAIS - E MOTORISTA 140,00, TOTALIZANDO A NOTA 300,00 REAIS</p> | | | | |
| Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006. | | | | |
| Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: https://www.barretos.sp.gov.br/ | | | Situação de Tributação Tributada no Prestador | |
| Código do Serviço 901 - Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residencia, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pen | | | | |
| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo | | | | |
| Deduções/Abatimentos | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00 | 300,00 | 2,000% | 6,00 | 300,00 |
| VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 300,00 | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Financeiro - Santa Casa

De: Hotel Gold Barretos <hotelgold.barretos@gmail.com>
Enviado em: quarta-feira, 2 de maio de 2018 13:54
Para: financeiro@santacasailhabela.org.br
Assunto: hotel gold barretos

Olá boa Tarde, conforme contato telefônico segue os dados da forma da reserva e pagamento

1 Apt para 2 pessoas - 160,00
1 Apt para motorista individual - 140,00
valor total 300,00

segue dados conta para efetuar pagamento

Caixa Economica Federal
Ag 0288 op.003
Ccorrente 2288-0
Rest Pousada Juninho Btos Ltda
CNPJ 03.703.946/0001-02

qualquer coisa quiser enviar comprovante por whats 17981644565 - juliana

--

Hotel Gold Barretos

Tel: (17) 3323-4269 / 98164-4565 (Juliana)
Cel: (17) 98164-4566 Tim / 99112-6641 Claro ([Nalva](#))

https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=hotel+gold+nalva+barretos
<http://www.facebook.com/mariaedinalva.pereira.5?fref=ts>

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Emitente: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta origem: | 3334 / 003 / 00000316-5 |
| Conta destino: | 0288 / 003 / 00002288-0 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Nome destinatário: | CAIXA REST POUSADA JUNINHO BTS |
| Valor: | R\$ 280,00 |
| Identificação da operação: | REST POUSADA JUNINHO BTOS |


| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 08/05/2018 |
| Data/hora da operação: | 08/05/2018 11:48:50 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 00339165 |
| Chave de segurança: | SHA04RU56XG94PVG |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|---|--|--------------|---|---------------------------|
|  <p style="text-align: center;">PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BARRETOS SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS</p> | Número da Nota - Serie 00000000816 - 1 | | | |
| | Autenticidade V3MK-3713 | | | |
| | Data de Emissão 09/05/2018 | | | |
| PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| <p>Nome/Razão Social: MARIA EDINALVA PEREIRA DE SOUZA ME CPF/CNPJ: 24.621.973/0001-06 CCM: 32814 IE: Fone: 17-3322-7013/3323-42 Endereço: RUA ANTENOR DUARTE VILELA, 1520, DOUTOR PAULO PRATA - cep: 14784370 Município: Barretos UF: SP E-mail:</p> | | | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| <p>Nome/Razão Social: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ILHABELA CPF/CNPJ: 50.320.605/0001-38 CCM: IE: Fone: Endereço: RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15, CENTRO - cep: 11630000 Município: ILHABELA UF: SP E-mail:</p> | | | | |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | |
| REFERENTE A HOSPEDAGEM IUIZ ROBERTO E MOTORISTA | | | | |
| Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006. | | | | |
| Processo executado por: 186.195.219.174 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: https://www.barretos.sp.gov.br/ | | | Situação de Tributação Tributada no Prestador | |
| Código do Serviço 901 - Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residencia, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pen | | | | |
| I.N.S.S. (R\$) | I.RENDA (R\$) | PIS (R\$) | COFINS (R\$) | CSLL (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo | | | | |
| Deduções/Abatimentos | Base de Cálculo (R\$) | Aliquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00 | 280,00 | 2,000% | 5,60 | 280,00 |
| VALOR LIQUIDO DA NOTA = R\$ 280,00 | | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Banco Receptor: | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL |
| Pagador Final / Efetivo | |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |
| Nome: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| Conta de débito: | 3334 / 003 / 00000316-5 |

| | |
|--|---|
| Representação numérica do código de barras: | 75590.00331 92450.870024 51358.999848 1 75500003000000 |
| Instituição Emissora - Nome do Banco: | BANK OF AMERICA MERRILL LYNCH BANCO MULT |
| Código do Banco: | 755 |
| Pagador Final - Correntista | |
| Nome/Razão Social: | STA CASA DE MISERICORDIA |
| CPF/CNPJ: | 50.320.605/0001-38 |

| | |
|--|-----------------------|
| Data do Vencimento: | 09/06/2018 |
| Data de Efetivação / Agendamento: | 10/05/2018 |
| Valor Nominal do Boleto: | 30.000,00 |
| Juros (R\$): | 0,00 |
| IOF (R\$): | 0,00 |
| Multa (R\$): | 0,00 |
| Desconto (R\$): | 0,00 |
| Abatimento (R\$): | 0,00 |
| Valor Calculado (R\$): | 30.000,00 |
| Valor Pago (R\$): | 30.000,00 |
| Identificação do Pagamento: | SODEXO PASS DO BRASIL |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data/hora da operação: | 10/05/2018 15:59:42 |
|-------------------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 30839133 |
| Chave de segurança: | HGPZGYFHH79WJ3UK |

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
 Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

BANK OF AMERICA [755-2]

RECIBO DO SACADO/PAGADOR

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| Nome do Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERV. E COM. S.A | Agência/Código do Nome do Beneficiário 1306 / 339245087 | Data do Documento 10/05/2018 | Vencimento 09/06/2018 |
| Nome Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA | Nosso Número 2513589-9 | N.º do Documento 18/16026410 | Valor do documento 30.000,00 |

Referência

Aquisição efetuada através da Web Sodexo Pass.
Estabelecimento: SODEXO PASS DO BRASIL SERV. E COM. S.A CNPJ: 69.034.668/0001-56 AL. ARAGUAIA, 1142, BLOCO 3, ALPHAVILLE, BARUERI SP, CEP 06455-000 / Pedido Referência: 18/16026410

Autenticação Mecânica

BANK OF AMERICA [755-2] 75590.00331 92450.870024 51358.999848 1 75500003000000

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|--|
| Local de Pagamento PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO | | | | | Vencimento 09/06/2018 |
| Nome do Beneficiário SODEXO PASS DO BRASIL SERV. E COM. S.A | | | | | Agência/Código do Nome do Beneficiário 1306 / 339245087 |
| Data do Documento 10/05/2018 | N.º do Documento 18/16026410 | Espécie Doc. DM | Aceite N | Data de Processamento 10/05/2018 | Nosso Número 2513589-9 |
| Uso do Banco | Carteira 98 | Espécie R\$ | Quantidade | Valor | (=) Valor do documento 30.000,00 |

Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do Nome do Beneficiário)

Sr. Caixa : Não receber após 30 dias da data de processamento.

Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do cedente.

Sr. Cliente: O pedido somente será processado após a confirmação do pagamento. A utilização deste boleto é obrigatória para a adequada confirmação do pagamento. Depósito na conta corrente sem a devida autorização do cedente, não garante a quitação do débito. Após 30 dias da data de processamento o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto.

O pedido será liberado somente após a identificação do pagamento (independente do vencimento apresentado no boleto), e a disponibilização do Crédito e Entrega dos Cartões (ou vouchers VT se existentes) seguirão o prazo informado para cada produto do pedido no PedeFácil.

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Nome Pagador SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
R. RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15
CEP: 11630-000 ILHABELA - SP
CNPJ: 50.320.605/0001-38

Sacador/Avalista SODEXO PASS DO BRASIL SERV. E COM. S.A CNPJ: 69.034.668/0001-56
AL. ARAGUAIA, 1142, BLOCO 3, ALPHAVILLE, BARUERI SP, CEP 06455-000

Código de Baixa:


Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | |
|---|---|--|---|
|  | PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI SECRETARIA DE FINANÇAS | |  |
| | | | |

| | | | | |
|---|----------------------|--------------|--|---------------|
| NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe | Data Emissão | Hora Emissão | NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA | |
| | 12/05/2018 | 06:17 | Número da Nota | Série da Nota |
| | Código Autenticidade | | 333808 | |
| 485X.8582.4382.1191599-U | | Número RPS | Série RPS | Data RPS |
| | | 0000372837 | 3P | 12/05/2018 |

| | | |
|---|---|--|
|  | PRESTADOR DE SERVIÇOS SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS E COMÉRCIO S.A. ALAMEDA ARAGUAIA , 1142 - BLOCO 3 ALPHAVILLE CENTRO INDUSTR E EMPR / ALPHAVILLE CEP 06455-000 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 69.034.668/0001-56 Telefone | Inscrição Municipal e-mail 4.50869-9 |
|---|---|--|

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
| Nome Tomador de Serviços SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHAB | | CPF/CNPJ 50.320.605/0001-38 | |
| Endereço R RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | Complemento | |
| CEP 11630-000 | Bairro CENTRO | Cidade ILHABELA | UF SP |
| E-mail FINANCEIRO@SANTACASAILHABELA.ORG.BR | | | |
| Qlde 1 | Descrição do Serviço ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS | Código Serviço 171208215 | Aliquota 2,00 |
| | | Valor Unitário 0,00 | Valor Total 0,00 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES 15 REFEIÇÃO RH EMV 22500.00 TX ENTREGA 0.00 \ TX EMISSAO CARTAO 0.00 \ TAR COBRANCA 0.00 IRRF RECOLHIMENTO EFETUADO PELO EMITENTE CONF. IN/SRF 153/87 R\$0.00 SERVIÇO ENQUADRADO COMO ADMINISTRAÇÃO DE CONVÊNIO Entr/Cred 12/05/2018 Nro Pedido.: 16026410/18 | | | |
|--|--|--|--|

| | |
|---|--|
| VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 22.500,00 | Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP |
|---|--|

| | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| IRRF 0,00 | PIS/PASEP 0,00 | COFINS 0,00 | CSLL 0,00 |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|

| | |
|----------------------------|------------------|
| VALOR TOTAL DA NOTA | 22.500,00 |
|----------------------------|------------------|

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Fatura Nº 372837 | Valor da Fatura R\$ R\$ 22.500,00 | Forma Pagamento ----- |
| Valor por Extenso vinte e dois mil e quinhentos reais | | |

| | |
|--|--|
| A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe | Código Autenticidade 485X.8582.4382.1191599-U |
|--|--|

| | | |
|--|--|----------------------|
| RECEBEMOS DA EMPRESA SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | Número da Nota 333808 | Série da Nota |
| Local | Data | Assinatura |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----------------------------|
|  | | PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI SECRETARIA DE FINANÇAS | |  | |
| NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: <http://www.barueri.sp.gov.br/nfe> | | Data Emissão 12/05/2018 | Hora Emissão 06:17 | NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA | |
| | | Código Autenticidade 159Z.1976.8007.8057299-Y | Número da Nota 333806 | | Série da Nota |
| | | | | Número RPS 0000372836 | Série RPS 3P |
| | | | | Data RPS 12/05/2018 | |
| Prestador de Serviços SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS E COMÉRCIO S.A.  ALAMEDA ARAGUAIA , 1142 - BLOCO 3 ALPHAVILLE CENTRO INDUSTR E EMPR / ALPHAVILLE CEP 06455-000 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 69.034.668/0001-56 Inscrição Municipal 4.50869-9 Telefone e-mail | | | | | |
| Nome Tomador de Serviços SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHAB | | | | CPF/CNPJ 50.320.605/0001-38 | |
| Endereço R RUA PADRE BRONISLAU CHERECK, 15 | | | Complemento | | |
| CEP 11630-000 | Bairro CENTRO | Cidade ILHABELA | UF SP | | |
| E-mail FINANCEIRO@SANTACASAILHABELA.ORG.BR | | | | | |
| Qtde 1 | Descrição do Serviço ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATOS | Código Serviço 171208215 | Alíquota 2,00 | Valor Unitário 0,00 | Valor Total 0,00 |
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES 5 COMBUSTIVEL PASS 7500.00 TX EMISSÃO CART 0.00 \ TX ENTREGA 0.00 IRRF RECOLHIMENTO EFETUADO PELO EMITENTE CONF. IN/SRF 153/87 R\$0.00 SERVIÇO ENQUADRADO COMO ADMINISTRAÇÃO DE CONVÊNIO Entr/Cred 12/05/2018 Nro Pedido.: 16026410/18 | | | | | |
| VALORES DE REPASSE A TERCEIROS | | | R\$ 7.500,00 | | |
| | | | Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP | | |
| IRRF 0,00 | PIS/PASEP 0,00 | COFINS 0,00 | CSLL 0,00 | | |
| VALOR TOTAL DA NOTA | | | | | 7.500,00 |
| Fatura Nº 372836 | Valor da Fatura R\$ R\$ 7.500,00 | Forma Pagamento ----- | | | |
| Valor por Extenso sete mil e quinhentos reais | | | | | |
| A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe | | | Código Autenticidade 159Z.1976.8007.8057299-Y | | |
| RECEBEMOS DA EMPRESA SODEXO PASS DO BRASIL SERVIÇOS OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS | | | | Número da Nota 333806 | Série da Nota |
| Local | Data | Assinatura | | | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



JUNHO / 2018

**PRESTAÇÃO DE CONTAS
FINANCEIRA**

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



Extrato por período

Cliente: STA CASA DE MISERICORDIA

Conta: 3334 / 003 / 00000316-5

Data: 21/08/2018 - 15:29

Mês: Junho/2018

Período: 1 - 30

Extrato

| Data Mov. | Nr. Doc. | Histórico | Valor | Saldo |
|------------|----------|------------|--------------|----------------|
| 01/06/2018 | 086895 | PAG BOLETO | 4.600,00 D | 2.652.862,88 C |
| 01/06/2018 | 000000 | DEB.AUTOR. | 189.500,70 D | 2.463.362,18 C |
| 01/06/2018 | 133380 | ENVIO TED | 2.100,00 D | 2.461.262,18 C |
| 01/06/2018 | 134549 | ENVIO TED | 703,88 D | 2.460.558,30 C |
| 01/06/2018 | 142634 | ENVIO TED | 30.463,47 D | 2.430.094,83 C |
| 01/06/2018 | 142853 | ENVIO TED | 18.575,25 D | 2.411.519,58 C |
| 01/06/2018 | 143014 | ENVIO TED | 24.153,17 D | 2.387.366,41 C |
| 01/06/2018 | 170358 | SALARIO | 1,54 D | 2.387.364,87 C |
| 04/06/2018 | 624373 | PAG BOLETO | 9.701,60 D | 2.377.663,27 C |
| 04/06/2018 | 115279 | ENVIO TED | 11.470,35 D | 2.366.192,92 C |
| 04/06/2018 | 115853 | ENVIO TED | 13.294,79 D | 2.352.898,13 C |
| 04/06/2018 | 131838 | ENVIO TED | 29.000,00 D | 2.323.898,13 C |
| 04/06/2018 | 137355 | ENVIO TED | 16.840,14 D | 2.307.057,99 C |
| 04/06/2018 | 143859 | ENVIO TED | 23.931,20 D | 2.283.126,79 C |
| 04/06/2018 | 152528 | ENVIO TED | 692,67 D | 2.282.434,12 C |
| 04/06/2018 | 154134 | ENVIO TED | 24.645,00 D | 2.257.789,12 C |
| 04/06/2018 | 174578 | ENVIO TED | 24.636,48 D | 2.233.152,64 C |
| 04/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 1.485,11 D | 2.231.667,53 C |
| 04/06/2018 | 170358 | SALARIO | 3,08 D | 2.231.664,45 C |
| 05/06/2018 | 351357 | PAG BOLETO | 280,00 D | 2.231.384,45 C |
| 05/06/2018 | 358993 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 2.230.244,45 C |
| 05/06/2018 | 363646 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 2.229.104,45 C |
| 05/06/2018 | 110760 | ENVIO TED | 213,69 D | 2.228.890,76 C |
| 05/06/2018 | 115217 | ENVIO TED | 13.258,70 D | 2.215.632,06 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|----------------|----------------|
| 05/06/2018 | 115624 | ENVIO TED | 25.808,75 D | 2.189.823,31 C |
| 05/06/2018 | 122814 | ENVIO TED | 8.453,84 D | 2.181.369,47 C |
| 05/06/2018 | 125139 | ENVIO TED | 14.300,42 D | 2.167.069,05 C |
| 05/06/2018 | 130317 | ENVIO TED | 13.958,33 D | 2.153.110,72 C |
| 05/06/2018 | 131066 | ENVIO TED | 6.900,00 D | 2.146.210,72 C |
| 05/06/2018 | 138199 | ENVIO TED | 30,68 D | 2.146.180,04 C |
| 05/06/2018 | 149684 | ENVIO TED | 18.765,83 D | 2.127.414,21 C |
| 05/06/2018 | 151893 | ENVIO TED | 4.875,50 D | 2.122.538,71 C |
| 05/06/2018 | 160392 | ENVIO TED | 8.800,00 D | 2.113.738,71 C |
| 05/06/2018 | 166157 | ENVIO TED | 537,25 D | 2.113.201,46 C |
| 05/06/2018 | 166555 | ENVIO TED | 3.088,77 D | 2.110.112,69 C |
| 05/06/2018 | 167430 | ENVIO TED | 27.333,68 D | 2.082.779,01 C |
| 05/06/2018 | 168083 | ENVIO TED | 19.136,00 D | 2.063.643,01 C |
| 05/06/2018 | 077172 | ENVIO TEV | 13.033,92 D | 2.050.609,09 C |
| 05/06/2018 | 715608 | ENVIO TEV | 3.825,83 D | 2.046.783,26 C |
| 05/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.046.782,26 C |
| 05/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.046.781,26 C |
| 06/06/2018 | 125139 | DEVOL TED | 14.300,42 C | 2.061.081,68 C |
| 06/06/2018 | 162458 | PAG BOLETO | 299,00 D | 2.060.782,68 C |
| 06/06/2018 | 205408 | PG ORG GOV | 600,00 D | 2.060.182,68 C |
| 06/06/2018 | 283061 | PAG BOLETO | 9.189,00 D | 2.050.993,68 C |
| 06/06/2018 | 403969 | PAG BOLETO | 6.500,00 D | 2.044.493,68 C |
| 06/06/2018 | 132284 | ENVIO TED | 4.900,00 D | 2.039.593,68 C |
| 06/06/2018 | 133051 | ENVIO TED | 3.950,62 D | 2.035.643,06 C |
| 06/06/2018 | 135149 | ENVIO TED | 1.900,00 D | 2.033.743,06 C |
| 06/06/2018 | 135850 | ENVIO TED | 107.488,95 D | 1.926.254,11 C |
| 06/06/2018 | 136305 | ENVIO TED | 9.650,00 D | 1.916.604,11 C |
| 06/06/2018 | 136609 | ENVIO TED | 11.760,00 D | 1.904.844,11 C |
| 06/06/2018 | 151073 | ENVIO TED | 9.550,18 D | 1.895.293,93 C |
| 06/06/2018 | 154024 | ENVIO TED | 10.000,00 D | 1.885.293,93 C |
| 06/06/2018 | 154579 | ENVIO TED | 21.210,10 D | 1.864.083,83 C |
| 06/06/2018 | 155862 | ENVIO TED | 3.828,14 D | 1.860.255,69 C |
| 06/06/2018 | 156995 | ENVIO TED | 1.814,12 D | 1.858.441,57 C |
| 06/06/2018 | 161292 | ENVIO TED | 18.545,94 D | 1.839.895,63 C |
| 06/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 1.257.934,65 D | 581.960,98 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 06/06/2018 | 170358 | SALARIO | 3,08 D | 581.957,90 C |
| 07/06/2018 | 100126 | PAG BOLETO | 356,33 D | 581.601,57 C |
| 07/06/2018 | 105393 | PAG BOLETO | 34.774,11 D | 546.827,46 C |
| 07/06/2018 | 105791 | PAG AGUA | 97,48 D | 546.729,98 C |
| 07/06/2018 | 125888 | PAG BOLETO | 2.220,00 D | 544.509,98 C |
| 07/06/2018 | 137638 | PAG BOLETO | 1.977,60 D | 542.532,38 C |
| 07/06/2018 | 551814 | DEB P FGTS | 245.834,15 D | 296.698,23 C |
| 07/06/2018 | 191694 | ENVIO TED | 17.362,25 D | 279.335,98 C |
| 07/06/2018 | 192422 | ENVIO TED | 3.935,00 D | 275.400,98 C |
| 07/06/2018 | 194462 | ENVIO TED | 19.760,70 D | 255.640,28 C |
| 07/06/2018 | 195047 | ENVIO TED | 7.425,00 D | 248.215,28 C |
| 08/06/2018 | 577966 | PAG BOLETO | 210,00 D | 248.005,28 C |
| 08/06/2018 | 582436 | PAG BOLETO | 210,00 D | 247.795,28 C |
| 08/06/2018 | 586021 | PAG BOLETO | 210,00 D | 247.585,28 C |
| 08/06/2018 | 590777 | PAG BOLETO | 128,08 D | 247.457,20 C |
| 08/06/2018 | 593798 | PAG BOLETO | 210,00 D | 247.247,20 C |
| 08/06/2018 | 635032 | PAG BOLETO | 210,00 D | 247.037,20 C |
| 08/06/2018 | 637692 | PAG BOLETO | 210,00 D | 246.827,20 C |
| 08/06/2018 | 100551 | ENVIO TED | 125,00 D | 246.702,20 C |
| 08/06/2018 | 106625 | ENVIO TED | 8.000,00 D | 238.702,20 C |
| 08/06/2018 | 109745 | ENVIO TED | 880,00 D | 237.822,20 C |
| 08/06/2018 | 113878 | ENVIO TED | 7.820,40 D | 230.001,80 C |
| 08/06/2018 | 117910 | ENVIO TED | 1.263,38 D | 228.738,42 C |
| 08/06/2018 | 119110 | ENVIO TED | 3.564,70 D | 225.173,72 C |
| 08/06/2018 | 121309 | ENVIO TED | 598,83 D | 224.574,89 C |
| 08/06/2018 | 122386 | ENVIO TED | 1.587,05 D | 222.987,84 C |
| 08/06/2018 | 123537 | ENVIO TED | 1.189,42 D | 221.798,42 C |
| 08/06/2018 | 156874 | ENVIO TED | 25.000,00 D | 196.798,42 C |
| 08/06/2018 | 181652 | ENVIO TED | 9.150,00 D | 187.648,42 C |
| 08/06/2018 | 073869 | ENVIO TEV | 1.808,95 D | 185.839,47 C |
| 08/06/2018 | 075467 | ENVIO TEV | 1.348,63 D | 184.490,84 C |
| 08/06/2018 | 079101 | ENVIO TEV | 695,82 D | 183.795,02 C |
| 08/06/2018 | 081327 | ENVIO TEV | 669,05 D | 183.125,97 C |
| 08/06/2018 | 086029 | ENVIO TEV | 3.358,04 D | 179.767,93 C |
| 08/06/2018 | 094353 | ENVIO TEV | 832,22 D | 178.935,71 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|------------|--------------|
| 08/06/2018 | 095984 | ENVIO TEV | 483,34 D | 178.452,37 C |
| 08/06/2018 | 100270 | ENVIO TEV | 394,34 D | 178.058,03 C |
| 08/06/2018 | 102023 | ENVIO TEV | 1.183,61 D | 176.874,42 C |
| 08/06/2018 | 104683 | ENVIO TEV | 328,47 D | 176.545,95 C |
| 08/06/2018 | 116574 | ENVIO TEV | 1.649,61 D | 174.896,34 C |
| 08/06/2018 | 118074 | ENVIO TEV | 763,57 D | 174.132,77 C |
| 08/06/2018 | 124675 | ENVIO TEV | 1.005,82 D | 173.126,95 C |
| 08/06/2018 | 129562 | ENVIO TEV | 1.060,67 D | 172.066,28 C |
| 08/06/2018 | 132023 | ENVIO TEV | 2.879,33 D | 169.186,95 C |
| 08/06/2018 | 135813 | ENVIO TEV | 782,29 D | 168.404,66 C |
| 08/06/2018 | 218415 | ENVIO TEV | 862,84 D | 167.541,82 C |
| 08/06/2018 | 220272 | ENVIO TEV | 3.550,93 D | 163.990,89 C |
| 08/06/2018 | 222019 | ENVIO TEV | 685,14 D | 163.305,75 C |
| 08/06/2018 | 233623 | ENVIO TEV | 105,47 D | 163.200,28 C |
| 08/06/2018 | 237414 | ENVIO TEV | 2.185,80 D | 161.014,48 C |
| 08/06/2018 | 240684 | ENVIO TEV | 2.509,46 D | 158.505,02 C |
| 08/06/2018 | 249124 | ENVIO TEV | 1.103,22 D | 157.401,80 C |
| 08/06/2018 | 533358 | ENVIO TEV | 234,92 D | 157.166,88 C |
| 08/06/2018 | 535885 | ENVIO TEV | 324,62 D | 156.842,26 C |
| 08/06/2018 | 537784 | ENVIO TEV | 151,53 D | 156.690,73 C |
| 08/06/2018 | 542614 | ENVIO TEV | 675,17 D | 156.015,56 C |
| 08/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 348,17 D | 155.667,39 C |
| 08/06/2018 | 170358 | SALARIO | 1.048,74 D | 154.618,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.617,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.616,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.615,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.614,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.613,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.612,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.611,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.610,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.609,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.608,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.607,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.606,65 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|-------------|--------------|
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.605,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.604,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.603,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.602,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.601,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.600,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.599,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.598,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.597,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.596,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.595,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.594,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.593,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.592,65 C |
| 08/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 154.591,65 C |
| 11/06/2018 | 022099 | PAG BOLETO | 210,00 D | 154.381,65 C |
| 11/06/2018 | 096474 | PAG BOLETO | 3.974,93 D | 150.406,72 C |
| 11/06/2018 | 211702 | PAG BOLETO | 1.550,40 D | 148.856,32 C |
| 11/06/2018 | 218277 | PAG BOLETO | 2.113,51 D | 146.742,81 C |
| 11/06/2018 | 236783 | PAG BOLETO | 1.430,00 D | 145.312,81 C |
| 11/06/2018 | 244182 | PAG BOLETO | 4.735,67 D | 140.577,14 C |
| 11/06/2018 | 855383 | PAG BOLETO | 1.963,13 D | 138.614,01 C |
| 11/06/2018 | 864023 | PAG BOLETO | 959,60 D | 137.654,41 C |
| 11/06/2018 | 871220 | PAG BOLETO | 187,50 D | 137.466,91 C |
| 11/06/2018 | 878516 | PAG BOLETO | 210,00 D | 137.256,91 C |
| 11/06/2018 | 105781 | ENVIO TED | 23.462,50 D | 113.794,41 C |
| 11/06/2018 | 106003 | ENVIO TED | 24.617,21 D | 89.177,20 C |
| 11/06/2018 | 106308 | ENVIO TED | 13.139,00 D | 76.038,20 C |
| 11/06/2018 | 122606 | ENVIO TED | 1.520,00 D | 74.518,20 C |
| 11/06/2018 | 123614 | ENVIO TED | 2.772,50 D | 71.745,70 C |
| 11/06/2018 | 126838 | ENVIO TED | 14.300,42 D | 57.445,28 C |
| 11/06/2018 | 137914 | ENVIO TED | 95,50 D | 57.349,78 C |
| 11/06/2018 | 140467 | ENVIO TED | 280,00 D | 57.069,78 C |
| 11/06/2018 | 146711 | ENVIO TED | 98,00 D | 56.971,78 C |
| 11/06/2018 | 149142 | ENVIO TED | 839,92 D | 56.131,86 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 11/06/2018 | 149843 | ENVIO TED | 869,90 D | 55.261,96 C |
| 11/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 18.248,97 D | 37.012,99 C |
| 12/06/2018 | 000267 | RG CDB FLX | 109.783,63 C | 146.796,62 C |
| 12/06/2018 | 519735 | DEB P FGTS | 10.932,83 D | 135.863,79 C |
| 12/06/2018 | 519813 | DEB P FGTS | 12.640,27 D | 123.223,52 C |
| 12/06/2018 | 114830 | ENVIO TED | 560,00 D | 122.663,52 C |
| 12/06/2018 | 127814 | ENVIO TED | 2.000,00 D | 120.663,52 C |
| 12/06/2018 | 173003 | ENVIO TED | 19.200,00 D | 101.463,52 C |
| 12/06/2018 | 173380 | ENVIO TED | 61.159,70 D | 40.303,82 C |
| 12/06/2018 | 170358 | SALARIO | 791,29 D | 39.512,53 C |
| 13/06/2018 | 072603 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 38.372,53 C |
| 13/06/2018 | 074475 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 37.232,53 C |
| 13/06/2018 | 113928 | ENVIO TED | 22.222,50 D | 15.010,03 C |
| 13/06/2018 | 116576 | ENVIO TED | 1.400,00 D | 13.610,03 C |
| 13/06/2018 | 127756 | ENVIO TED | 1.690,24 D | 11.919,79 C |
| 13/06/2018 | 131088 | ENVIO TED | 21.146,16 D | 9.226,37 D |
| 13/06/2018 | 170358 | SALARIO | 3,08 D | 9.229,45 D |
| 13/06/2018 | 727220 | RESG AUTOM | 17.958,86 C | 8.729,41 C |
| 14/06/2018 | 000267 | RG CDB FLX | 100.000,00 C | 108.729,41 C |
| 14/06/2018 | 400796 | PAG BOLETO | 2.475,00 D | 106.254,41 C |
| 14/06/2018 | 533210 | DEB P FGTS | 14.700,31 D | 91.554,10 C |
| 14/06/2018 | 533293 | DEB P FGTS | 1.950,37 D | 89.603,73 C |
| 14/06/2018 | 174335 | ENVIO TED | 3.000,00 D | 86.603,73 C |
| 14/06/2018 | 177888 | ENVIO TED | 1.800,00 D | 84.803,73 C |
| 15/06/2018 | 121503 | DEVOL TED | 450,00 C | 85.253,73 C |
| 15/06/2018 | 100527 | PAG BOLETO | 600,00 D | 84.653,73 C |
| 15/06/2018 | 103553 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 83.513,73 C |
| 15/06/2018 | 257259 | PAG BOLETO | 4.743,72 D | 78.770,01 C |
| 15/06/2018 | 106127 | ENVIO TED | 3.949,00 D | 74.821,01 C |
| 15/06/2018 | 114007 | ENVIO TED | 1.126,96 D | 73.694,05 C |
| 15/06/2018 | 121503 | ENVIO TED | 450,00 D | 73.244,05 C |
| 15/06/2018 | 122948 | ENVIO TED | 825,00 D | 72.419,05 C |
| 15/06/2018 | 192092 | ENVIO TED | 9.720,00 D | 62.699,05 C |
| 18/06/2018 | 092474 | PAG BOLETO | 140,00 D | 62.559,05 C |
| 18/06/2018 | 489485 | PAG BOLETO | 831,35 D | 61.727,70 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 18/06/2018 | 493359 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 60.587,70 C |
| 18/06/2018 | 496828 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 59.447,70 C |
| 18/06/2018 | 128882 | ENVIO TED | 561,66 D | 58.886,04 C |
| 18/06/2018 | 129294 | ENVIO TED | 1.800,00 D | 57.086,04 C |
| 18/06/2018 | 129733 | ENVIO TED | 1.800,00 D | 55.286,04 C |
| 18/06/2018 | 187354 | ENVIO TED | 1.350,64 D | 53.935,40 C |
| 19/06/2018 | 069419 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 52.795,40 C |
| 19/06/2018 | 071408 | PAG BOLETO | 265,67 D | 52.529,73 C |
| 20/06/2018 | 000267 | RG CDB FLX | 650.000,00 C | 702.529,73 C |
| 20/06/2018 | 197049 | PG ORG GOV | 253.468,15 D | 449.061,58 C |
| 20/06/2018 | 234039 | PG LUZ/GAS | 381,27 D | 448.680,31 C |
| 20/06/2018 | 235719 | PAG AGUA | 71,58 D | 448.608,73 C |
| 20/06/2018 | 477167 | PAG BOLETO | 15.000,00 D | 433.608,73 C |
| 20/06/2018 | 492582 | PAG DARF | 15.535,71 D | 418.073,02 C |
| 20/06/2018 | 493743 | PAG DARF | 48.160,63 D | 369.912,39 C |
| 20/06/2018 | 494853 | PAG DARF | 1.157,62 D | 368.754,77 C |
| 20/06/2018 | 495808 | PAG DARF | 29.878,91 D | 338.875,86 C |
| 20/06/2018 | 497317 | PAG DARF | 232.863,33 D | 106.012,53 C |
| 20/06/2018 | 505884 | PAG BOLETO | 1.470,00 D | 104.542,53 C |
| 20/06/2018 | 510305 | PAG BOLETO | 523,47 D | 104.019,06 C |
| 20/06/2018 | 514267 | PAG BOLETO | 15.009,00 D | 89.010,06 C |
| 20/06/2018 | 103953 | ENVIO TED | 1.303,70 D | 87.706,36 C |
| 20/06/2018 | 191786 | ENVIO TED | 49.285,00 D | 38.421,36 C |
| 20/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 24.652,05 D | 13.769,31 C |
| 21/06/2018 | 000267 | RG CDB FLX | 70.000,00 C | 83.769,31 C |
| 21/06/2018 | 168372 | PAG BOLETO | 210,00 D | 83.559,31 C |
| 21/06/2018 | 172086 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 82.419,31 C |
| 21/06/2018 | 173666 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 81.279,31 C |
| 21/06/2018 | 176288 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 80.139,31 C |
| 21/06/2018 | 177920 | PAG BOLETO | 3.090,00 D | 77.049,31 C |
| 21/06/2018 | 353003 | PAG BOLETO | 113,20 D | 76.936,11 C |
| 21/06/2018 | 518202 | DEB P FGTS | 7.001,51 D | 69.934,60 C |
| 21/06/2018 | 518234 | DEB P FGTS | 11.774,78 D | 58.159,82 C |
| 21/06/2018 | 518259 | DEB P FGTS | 2.684,73 D | 55.475,09 C |
| 21/06/2018 | 140783 | ENVIO TED | 33.000,00 D | 22.475,09 C |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | |
|------------|--------|------------|----------------|----------------|
| 21/06/2018 | 143157 | ENVIO TED | 9.552,00 D | 12.923,09 C |
| 22/06/2018 | 000267 | RG CDB FLX | 15.000,00 C | 27.923,09 C |
| 22/06/2018 | 141753 | ENVIO TED | 450,00 D | 27.473,09 C |
| 22/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 13.528,43 D | 13.944,66 C |
| 25/06/2018 | 005131 | CRED TEV | 1.000.000,00 C | 1.013.944,66 C |
| 25/06/2018 | 005229 | CRED TEV | 990.000,00 C | 2.003.944,66 C |
| 25/06/2018 | 005252 | CRED TEV | 980.000,00 C | 2.983.944,66 C |
| 25/06/2018 | 005276 | CRED TEV | 960.000,00 C | 3.943.944,66 C |
| 25/06/2018 | 005294 | CRED TEV | 662.500,00 C | 4.606.444,66 C |
| 25/06/2018 | 005406 | CRED TEV | 970.000,00 C | 5.576.444,66 C |
| 25/06/2018 | 591740 | PAG BOLETO | 6.023,66 D | 5.570.421,00 C |
| 25/06/2018 | 102936 | ENVIO TED | 587,50 D | 5.569.833,50 C |
| 25/06/2018 | 343783 | ENVIO TEV | 2.462,15 D | 5.567.371,35 C |
| 25/06/2018 | 713585 | TEV MESM T | 199.409,97 D | 5.367.961,38 C |
| 25/06/2018 | 170358 | SALARIO | 1,17 D | 5.367.960,21 C |
| 25/06/2018 | 000000 | MANUT CTA | 42,00 D | 5.367.918,21 C |
| 25/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 5.367.917,21 C |
| 25/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 5.367.916,21 C |
| 26/06/2018 | 221332 | APLICACAO | 5.332.967,51 D | 34.948,70 C |
| 26/06/2018 | 118158 | PAG BOLETO | 11.913,00 D | 23.035,70 C |
| 26/06/2018 | 128788 | PAG BOLETO | 6.206,18 D | 16.829,52 C |
| 26/06/2018 | 130832 | PAG BOLETO | 2.859,16 D | 13.970,36 C |
| 26/06/2018 | 132500 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 12.830,36 C |
| 26/06/2018 | 134040 | PAG BOLETO | 2.280,00 D | 10.550,36 C |
| 26/06/2018 | 133741 | ENVIO TED | 1.389,20 D | 9.161,16 C |
| 26/06/2018 | 139039 | ENVIO TED | 431,75 D | 8.729,41 C |
| 26/06/2018 | 170358 | SALARIO | 3,08 D | 8.726,33 C |
| 26/06/2018 | 727220 | RESG AUTOM | 3,08 C | 8.729,41 C |
| 27/06/2018 | 120605 | ENVIO TED | 14.456,00 D | 5.726,59 D |
| 27/06/2018 | 121593 | ENVIO TED | 612,50 D | 6.339,09 D |
| 27/06/2018 | 727220 | RESG AUTOM | 15.068,50 C | 8.729,41 C |
| 28/06/2018 | 136851 | DEVOL TED | 1.892,44 C | 10.621,85 C |
| 28/06/2018 | 066144 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 9.481,85 C |
| 28/06/2018 | 067384 | PAG BOLETO | 1.140,00 D | 8.341,85 C |
| 28/06/2018 | 071192 | PAG BOLETO | 6.023,66 D | 2.318,19 C |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|--------------|--------------|
| 28/06/2018 | 073040 | PAG BOLETO | 1.670,00 D | 648,19 C |
| 28/06/2018 | 114649 | ENVIO TED | 2.577,17 D | 1.928,98 D |
| 28/06/2018 | 117372 | ENVIO TED | 1.120,00 D | 3.048,98 D |
| 28/06/2018 | 120815 | ENVIO TED | 6.986,00 D | 10.034,98 D |
| 28/06/2018 | 124030 | ENVIO TED | 264,00 D | 10.298,98 D |
| 28/06/2018 | 136851 | ENVIO TED | 1.892,44 D | 12.191,42 D |
| 28/06/2018 | 727220 | RESG AUTOM | 20.920,83 C | 8.729,41 C |
| 29/06/2018 | 072163 | PAG BOLETO | 6.324,96 D | 2.404,45 C |
| 29/06/2018 | 074522 | PAG BOLETO | 541,35 D | 1.863,10 C |
| 29/06/2018 | 092081 | PAG BOLETO | 5.760,00 D | 3.896,90 D |
| 29/06/2018 | 103867 | PAG BOLETO | 1.977,60 D | 5.874,50 D |
| 29/06/2018 | 452401 | PAG BOLETO | 210,00 D | 6.084,50 D |
| 29/06/2018 | 100445 | ENVIO TED | 2.910,08 D | 8.994,58 D |
| 29/06/2018 | 103398 | ENVIO TED | 2.158,95 D | 11.153,53 D |
| 29/06/2018 | 109306 | ENVIO TED | 4.362,31 D | 15.515,84 D |
| 29/06/2018 | 109675 | ENVIO TED | 684,45 D | 16.200,29 D |
| 29/06/2018 | 118331 | ENVIO TED | 123.551,00 D | 139.751,29 D |
| 29/06/2018 | 123044 | ENVIO TED | 1.892,44 D | 141.643,73 D |
| 29/06/2018 | 123911 | ENVIO TED | 703,88 D | 142.347,61 D |
| 29/06/2018 | 184369 | ENVIO TED | 6.213,22 D | 148.560,83 D |
| 29/06/2018 | 185600 | ENVIO TED | 11.766,76 D | 160.327,59 D |
| 29/06/2018 | 192075 | ENVIO TED | 4.628,85 D | 164.956,44 D |
| 29/06/2018 | 193963 | ENVIO TED | 4.763,34 D | 169.719,78 D |
| 29/06/2018 | 197027 | ENVIO TED | 3.160,01 D | 172.879,79 D |
| 29/06/2018 | 434594 | ENVIO TEV | 1.849,78 D | 174.729,57 D |
| 29/06/2018 | 446858 | ENVIO TEV | 2.290,99 D | 177.020,56 D |
| 29/06/2018 | 450457 | ENVIO TEV | 4.314,38 D | 181.334,94 D |
| 29/06/2018 | 452954 | ENVIO TEV | 1.365,96 D | 182.700,90 D |
| 29/06/2018 | 456328 | ENVIO TEV | 9.302,49 D | 192.003,39 D |
| 29/06/2018 | 458060 | ENVIO TEV | 2.790,87 D | 194.794,26 D |
| 29/06/2018 | 463658 | ENVIO TEV | 3.105,63 D | 197.899,89 D |
| 29/06/2018 | 465409 | ENVIO TEV | 11.346,26 D | 209.246,15 D |
| 29/06/2018 | 472067 | ENVIO TEV | 1.154,78 D | 210.400,93 D |
| 29/06/2018 | 473870 | ENVIO TEV | 1.872,82 D | 212.273,75 D |
| 29/06/2018 | 477008 | ENVIO TEV | 2.422,59 D | 214.696,34 D |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

| | | | | |
|------------|--------|------------|----------------|----------------|
| 29/06/2018 | 480396 | ENVIO TEV | 1.155,74 D | 215.852,08 D |
| 29/06/2018 | 481663 | ENVIO TEV | 1.416,71 D | 217.268,79 D |
| 29/06/2018 | 483408 | ENVIO TEV | 1.657,55 D | 218.926,34 D |
| 29/06/2018 | 490410 | ENVIO TEV | 2.412,86 D | 221.339,20 D |
| 29/06/2018 | 496670 | ENVIO TEV | 1.812,81 D | 223.152,01 D |
| 29/06/2018 | 498962 | ENVIO TEV | 3.687,42 D | 226.839,43 D |
| 29/06/2018 | 502709 | ENVIO TEV | 1.760,74 D | 228.600,17 D |
| 29/06/2018 | 514103 | ENVIO TEV | 1.375,57 D | 229.975,74 D |
| 29/06/2018 | 517103 | ENVIO TEV | 2.622,12 D | 232.597,86 D |
| 29/06/2018 | 520509 | ENVIO TEV | 1.498,63 D | 234.096,49 D |
| 29/06/2018 | 524620 | ENVIO TEV | 1.522,28 D | 235.618,77 D |
| 29/06/2018 | 525697 | ENVIO TEV | 1.947,48 D | 237.566,25 D |
| 29/06/2018 | 528065 | ENVIO TEV | 1.486,55 D | 239.052,80 D |
| 29/06/2018 | 533947 | ENVIO TEV | 3.296,30 D | 242.349,10 D |
| 29/06/2018 | 535972 | ENVIO TEV | 6.865,62 D | 249.214,72 D |
| 29/06/2018 | 538025 | ENVIO TEV | 3.911,92 D | 253.126,64 D |
| 29/06/2018 | 539180 | ENVIO TEV | 1.132,82 D | 254.259,46 D |
| 29/06/2018 | 542130 | ENVIO TEV | 1.942,02 D | 256.201,48 D |
| 29/06/2018 | 548615 | ENVIO TEV | 2.001,47 D | 258.202,95 D |
| 29/06/2018 | 549681 | ENVIO TEV | 5.781,21 D | 263.984,16 D |
| 29/06/2018 | 556887 | ENVIO TEV | 3.698,43 D | 267.682,59 D |
| 29/06/2018 | 562490 | ENVIO TEV | 1.370,00 D | 269.052,59 D |
| 29/06/2018 | 565355 | ENVIO TEV | 4.012,94 D | 273.065,53 D |
| 29/06/2018 | 574475 | ENVIO TEV | 1.375,57 D | 274.441,10 D |
| 29/06/2018 | 577933 | ENVIO TEV | 2.195,68 D | 276.636,78 D |
| 29/06/2018 | 581309 | ENVIO TEV | 11.766,76 D | 288.403,54 D |
| 29/06/2018 | 583523 | ENVIO TEV | 1.855,21 D | 290.258,75 D |
| 29/06/2018 | 585527 | ENVIO TEV | 1.349,52 D | 291.608,27 D |
| 29/06/2018 | 586930 | ENVIO TEV | 1.779,10 D | 293.387,37 D |
| 29/06/2018 | 605474 | ENVIO TEV | 6.928,80 D | 300.316,17 D |
| 29/06/2018 | 606571 | ENVIO TEV | 4.314,38 D | 304.630,55 D |
| 29/06/2018 | 610504 | ENVIO TEV | 2.214,38 D | 306.844,93 D |
| 29/06/2018 | 623865 | ENVIO TEV | 4.996,90 D | 311.841,83 D |
| 29/06/2018 | 641890 | ENVIO TEV | 1.375,57 D | 313.217,40 D |
| 29/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 2.135.267,66 D | 2.448.485,06 D |

**INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017**

| | | | | |
|------------|--------|------------|-------------|----------------|
| 29/06/2018 | 170358 | TAR CX PRG | 22.357,27 D | 2.470.842,33 D |
| 29/06/2018 | 901836 | DEBITO RFB | 1.840,08 D | 2.472.682,41 D |
| 29/06/2018 | 901836 | DEBITO RFB | 3.587,35 D | 2.476.269,76 D |
| 29/06/2018 | 901836 | DEBITO RFB | 4.816,48 D | 2.481.086,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.087,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.088,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.089,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.090,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.091,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.092,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.093,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.094,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.095,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.096,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.097,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.098,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.099,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.100,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.101,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.102,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.103,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.104,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.105,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.106,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.107,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.108,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.109,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.110,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.111,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.112,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.113,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.114,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.115,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.116,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.117,24 D |

**INTERVENÇÃO
 DECRETO 6353/2017**

| | | | | |
|------------|--------|------------|----------------|----------------|
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.118,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.119,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.120,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.121,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.122,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.123,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.124,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.125,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.126,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.127,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.128,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.129,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.130,24 D |
| 29/06/2018 | 000140 | TR TEV IBC | 1,00 D | 2.481.131,24 D |
| 29/06/2018 | 727220 | RESG AUTOM | 2.489.860,65 C | 8.729,41 C |

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017



| | | | |
|--|---|-------------------|------------------------------|
| Agência 3334 - ILHABELA, SP | Conta 3334 / 003 / 00000316 - 5 | Folha 1 | Mês JUNHO/2018 |
| Nome SANTA CASA DE MISERICORDIA DE | CPF/CNPJ 50.320.605/0001-38 | | Posição 29/06/2018 |

| | |
|---|---|
| CNPJ CAIXA 00.360.305/0001-04 | Endereço SBS Quadra 04 Lote 03/04 Brasília DF CEP 70092-900 |
|---|---|

TOTAL

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|--|
| Valor Base em 465.612,31 | Rend Bruto 2.520,65 | Prev. IR + IOF 567,14 | Rend Líquido Acumulado 1.953,51 | Saldo Líquido em 29/06/2018 467.565,82 |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---|--|

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|
| Nº Nota 20180528 000267 | | | Permite resgate antecipado SIM | |
| Data Aplicação 28/05/2018 | Data Vencimento 21/12/2018 | Valor Base 465.612,31 | Taxa Atual 95,5000 % CDI | Taxa Final 95,5000 % CDI |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|
| Rend Bruto Acum 2.520,65 | Provisão IR 567,14 | Rend Líquido Acum 1.953,51 | Saldo em 30/05/2018 1.408.536,81 |
| %Rend Bruto Acum 0,5413 % | Provisão IOF 0,00 | %Rend Líquido Acum 0,4195 % | Saldo em 29/06/2018 467.565,82 |

Resgates Efetivados no Mês

| Dia | Nº Nota | Nº Nota Resg | Valor Base | Rendimentos | IOF | IRRF | Resgate Líquido |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| 12/06/2018 | 20180528 000267 | 20180612 000532 | R\$ 109.683,74 | R\$ 257,76 | R\$ 128,88 | R\$ 28,99 | R\$ 109.783,63 |
| 14/06/2018 | 20180528 000267 | 20180614 000582 | R\$ 99.875,54 | R\$ 281,73 | R\$ 121,14 | R\$ 36,13 | R\$ 100.000,00 |
| 20/06/2018 | 20180528 000267 | 20180620 001107 | R\$ 648.543,68 | R\$ 2.440,40 | R\$ 561,29 | R\$ 422,79 | R\$ 650.000,00 |
| 21/06/2018 | 20180528 000267 | 20180621 000222 | R\$ 69.826,89 | R\$ 279,20 | R\$ 55,84 | R\$ 50,25 | R\$ 70.000,00 |
| 22/06/2018 | 20180528 000267 | 20180622 000651 | R\$ 14.958,76 | R\$ 63,34 | R\$ 10,13 | R\$ 11,97 | R\$ 15.000,00 |
| Total | | | R\$ 942.888,61 | R\$ 3.322,43 | R\$ 877,28 | R\$ 550,13 | R\$ 944.783,63 |

Observação

O saldo líquido da Nota é composto pelo valor Base + Rendimento Bruto Acumulado deduzido da Provisão de IR e IOF do mês do extrato.

O Rendimento Líquido é somente informativo, não compõe o saldo.

Rend. bruto do mês = Rend Bruto Acum. + Rend. dos Resgates - Rend Bruto Acum do mês anter.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 e 0800 726 2492 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

De olho na Qualidade (exclusivo Minha Casa, Minha Vida): 0800 726 6268

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

| | | | |
|---------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|
| Nome da Agência ILHABELA, SP | Código 3334 | Operação 5901 | Emissão 21/08/2018 |
|---------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L | CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22 | Início das Atividades do Fundo 27/03/2013 |
|--|-------------------------------------|--|

Rentabilidade do Fundo

| | | | | |
|-----------|-----------|-------------------------|---------------------|---------------------|
| No Mês(%) | No Ano(%) | Nos Últimos 12 Meses(%) | Cota em: 30/05/2018 | Cota em: 29/06/2018 |
| 0,4843 | 2,9616 | 6,9599 | 1,688226 | 1,696402 |

Administradora

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Nome Caixa Econômica Federal | Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF | CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04 |
|---------------------------------|---|--|

Cliente

| | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------|
| Nome STA CASA DE MISERICORDIA | CPF/CNPJ 50.320.605/0001-38 | Conta Corrente 003.00000316-5 | Mês/Ano 06/2018 | Folha 01/01 |
| Análise do Perfil do Investidor | | Data da Avaliação | | |

Resumo da Movimentação

| Histórico | Valor em R\$ | Qtde de Cotas |
|----------------------------|---------------|------------------|
| Saldo Anterior | 19.829,56C | 11.745,797507 |
| Aplicações | 5.332.967,51C | 3.145.746,026502 |
| Resgates | 2.543.811,92D | 1.500.474,539164 |
| Rendimento Bruto no Mês | 3.518,54C | |
| IRRF | 61,25D | |
| IOF | 1.474,99D | |
| Taxa de Saída | 0,00 | |
| Saldo Bruto* | 2.810.967,45C | 1.657.017,284845 |
| Resgate Bruto em Trânsito* | 0,00 | |

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

| Data | Histórico | Valor R\$ | Qtde de Cotas |
|---------|-----------|---------------|------------------|
| 13 / 06 | RESGATE | 17.958,86D | 10.628,117218 |
| | IRRF | 21,28D | |
| | IOF | 0,00 | |
| 26 / 06 | APLICACAO | 5.332.967,51C | 3.145.746,026502 |
| 26 / 06 | RESGATE | 3,08D | 1,819795 |
| | IRRF | 0,00 | |
| | IOF | 0,00 | |
| 27 / 06 | RESGATE | 15.068,50D | 8.890,005562 |
| | IRRF | 3,25D | |
| | IOF | 2,91D | |
| 28 / 06 | RESGATE | 20.920,83D | 12.340,199942 |
| | IRRF | 0,15D | |
| | IOF | 8,91D | |
| 29 / 06 | RESGATE | 2.489.860,65D | 1.468.614,396644 |
| | IRRF | 36,57D | |
| | IOF | 1.463,17D | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017
Dados de Tributação**Rendimento Base****IRRF**

209,15

61,25

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil. Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

| | |
|---|--|
| SAC: 0800 726 0101 | Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001 |
| Ouvidoria: 0800 725 7474 | Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp |
| Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br | |

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017

Termo de Encerramento

Contém esta Prestação de Contas do repasse recebido mediante ao Convênio firmado entre Prefeitura Municipal e Entidade Santa Casa com folhas numeradas seguidamente do número 1 ao 1248, referente ao mês de **MAIO 2.018** da Subvenção Social – Lei Municipal 056/2001e suas atualizações e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, estabelecido a Rua Padre Bronislau Chereck, 15 – Centro – Ilhabela/SP.

Ilhabela, 20 de agosto de 2018.



Gustavo Barboni de Freitas

Interventor/Decreto 6612/2017

Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Termo de Convênio 002/2018

INTERVENÇÃO
DECRETO 6353/2017
