

Município de Pedras Grandes
Estado de Santa Catarina

PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS DE CONVÊNIOS

Entidade Beneficiada: Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga

CNPJ: 86.531.803/0001-98

Valor anual do Convênio: R\$93.000,00 (noventa e três mil reais)

Finalidade Custear manutenção dos serviços do Hospital Nossa Senhora da Conceição para prestar serviços de atendimento aos munícipes na área da saúde.

Data	Documento	Nº Nota Fiscal	Histórico	Recebimento	Pagamento
			Saldo Anterior	R\$ 0,00	
			Liberação de crédito	R\$ 15.000,00	
06/11/2024		31337	Clini-X		R\$ 6.816,17
06/11/2024		31085	Clini-X		R\$ 3.003,20
06/11/2024		30235	Clini-X		R\$ 1.020,11
06/11/2024			Cesta de relacionamento		R\$ 22,00
07/11/2024		4113926	Copal alimentos		R\$ 677,64
07/11/2024		3504	MC Moraes Prod. Desc.		R\$ 1.043,29
07/11/2024		9148277	Tatiana Marcelino De Jesus		R\$ 150,00
07/11/2024		29623	Criobras		R\$ 193,94
07/11/2024		11924	LS representações		R\$ 2.069,46
				R\$ 15.000,00	R\$ 14.995,81
			Saldo Atual	R\$ 4,19	

Urussanga/SC, 14/11/2024

Antonio M. Moreira

Emanuela Postai
Hospital Nossa Senhora da Conceição
Emanuela Postai
Tesoureira

NF 31337

Valor: R\$ 6.816,17

Realizado em: 06/11/2024 - 14:17:42

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA

CNPJ do destinatário: 12.731.480/0001-40

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1405 / 114454-5

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241106171508XyHQ8vsw1

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4110.6171.508X.yHQ8.vsw1

Número de Controle: 11455792641


Emitido em: 06/11/2024 - 14:18:12

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota 31337
	Data da emissão da nota 21/10/2024 12:09:04	
	Data do fato gerador 21/10/2024 12:09:04	
	Código de verificação KTBFVS2BD	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA
CPF/CNPJ: 12.731.480/0001-40 Inscrição municipal: 2961
Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 246 Bairro: Centro CEP: 88750-000
Complemento:
Município: Braço do Norte UF: SC
E-mail: Site:

Inscrição estadual:
Telefone: (48) 3658-4243
Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
CEP: 88840-000
Complemento:
Município: Urussanga UF: SC
E-mail: Telefone: (48) 3441-1900 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Referente ao encontro de contas de Setembro de 2024.	7.262,8300	1,0000	7.262,8300	7.262,83x4,00 =	290,51

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		Apresent.	6.816,17								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 47,21	R\$ 217,88	R\$ 0,00	R\$ 108,94	R\$ 72,63	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 7.262,83			Valor líquido = R\$ 6.816,17		

Códigos dos serviços:

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	7.262,83	290,51

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 976,85 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 153,25 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Comprovante de Pagamento PIX



NF 31085

Valor: R\$ 3.003,20

Realizado em: 06/11/2024 - 14:17:42

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA

CNPJ do destinatário: 12.731.480/0001-40

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1405 / 114454-5

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241106171543SujLZnCMS

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4110.6171.543S.ujLZ.nCMS

Número de Controle: 11455799222

Emitido em: 06/11/2024 - 14:18:03

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Número do RPS	Número da nota 31085
Data da emissão da nota	09/10/2024 14:02:16
Data do fato gerador	09/10/2024 14:02:16
Código de verificação	NFIMOKHG4

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA
 CPF/CNPJ: 12.731.480/0001-40 Inscrição municipal: 2961
 Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 246 Bairro: Centro CEP: 88750-000
 Complemento:
 Município: Braço do Norte UF: SC
 E-mail: Site:
 Inscrição estadual:
 Telefone: (48) 3658-4243
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
 CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal:
 CEP: 88840-000 Inscrição estadual:
 Complemento:
 Município: Urussanga UF: SC
 E-mail: Telefone: (48) 3441-1900
 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA REALIZADOS EM SETEMBRO/2024 .	3.200,0000	1,0000	3.200,0000	3.200,00x4,00 =	128,00

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		Apresent.	3.003,20								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 20,80	R\$ 96,00	R\$ 0,00	R\$ 48,00	R\$ 32,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 3.200,00		Valor líquido = R\$ 3.003,20			

Códigos dos serviços:

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	3.200,00	128,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISSQN: Normal
 Local da prestação do serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
 Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 430,40 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 67,52 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Comprovante de Pagamento PIX



NF 30235

Valor: R\$ 1.020,11

Realizado em: 06/11/2024 - 14:17:42

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA

CNPJ do destinatário: 12.731.480/0001-40

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1405 / 114454-5

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241106171615ls2ltRRNg

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4110.6171.615l.s2lt.RRNg

Número de Controle: 11455802856



Emitido em: 06/11/2024 - 14:17:53

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota 30235									
	Data da emissão da nota 02/09/2024 15:33:39										
	Data do fato gerador 02/09/2024 15:33:39										
	Código de verificação HVCVAAOR1										
PRESTADOR DE SERVIÇOS											
Nome fantasia: Nome/Razão social: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA CPF/CNPJ: 12.731.480/0001-40 Inscrição municipal: 2961 Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 246 Bairro: Centro CEP: 88750-000 Complemento: Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: Site:											
Inscrição estadual: Telefone: (48) 3658-4243 Celular:											
TOMADOR DE SERVIÇOS											
Nome fantasia: Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal: CEP: 88840-000 Inscrição estadual: Complemento: Município: Urussanga UF: SC E-mail: Telefone: (48) 3441-1900 Celular:											
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS											
	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS						
EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA REALIZADOS EM AGOSTO/2024.	1.086,9600	1,0000	1.086,9600	1.086,96x4,00 =	43,48						
Forma de Pagamento											
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		Apresent.	1.020,11								
RETENÇÕES FEDERAIS											
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções						
R\$ 7,07	R\$ 32,61	R\$ 0,00	R\$ 16,30	R\$ 10,87	R\$ 0,00						
Valor bruto = R\$ 1.086,96				Valor líquido = R\$ 1.020,11							
Códigos dos serviços:											
04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.											
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)							
0,00	0,00	0,00	1.086,96	43,48							
OUTRAS INFORMAÇÕES											
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Braço do Norte										 Verificar autenticidade	
Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005 Situação desta NFS-e: Normal PEDRAS GRANDES											
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 146,20 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 22,93 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT											



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 07/11/2024 15:48:12

Boletos

Solicitante: AGOSTINHO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: ITAU UNIBANCO S A
Razão Social do Beneficiário: COPAL ALIMENTOS LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: COPAL ALIMENTOS LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 82.900.713/0001-76
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONC
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2501741322
Código de Barras: 34191090089511206654362458270006598930000067764
Data de Vencimento: 07/11/2024
Data da Transação: 07/11/2024
Hora da Transação: 15:45
Data do Pagamento: 07/11/2024
Valor do Título (R\$): 677,64
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor do Juros/Mora (R\$): 0,00
Valor da Multa (R\$): 0,00
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 677,64
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: F5BD.78C8.E6F8.61ED.0414.22EA.B0C5.9CEB

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525

**341-7**

Recibo do Pagador



Banco Itaú S.A.

341-7

Recibo de Entrega

BENEFICIÁRIO COPAL ALIMENTOS LTDA		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 6546 / 24582-7
PAGADOR HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		NOSSO NÚMERO 00951120-6
VALOR DO DOCUMENTO 677,64	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) MORA / MULTA
VENCIMENTO 07/11/2024	ESPÉCIE R\$	Nº DO DOCUMENTO 4113926 1
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

BENEFICIÁRIO COPAL ALIMENTOS LTDA		AGÊNCIA / CÓDIGO BENEFICIÁRIO 6546 / 24582-7
PAGADOR HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		NOSSO NÚMERO 00951120-6
VALOR DO DOCUMENTO 677,64		NÚMERO DOCUMENTO 4113926 1
VENCIMENTO 07/11/2024	DATA ENTREGA	COÓDIGO CLIENTE E VENDEADOR 72916 64
ASSINATURA		

DESTACAR ABAIXO



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 95112.066543 62458.270006 5 98930000067764

LOCAL DE PAGAMENTO Pagável em qualquer banco. Preferencialmente no Itaú.		VENCIMENTO 07/11/2024
BENEFICIÁRIO COPAL ALIMENTOS LTDA RUA HERIBERTO HULSE		CNPJ: 82900713000176 AGÊNCIA / CÓDIGO BENEFICIÁRIO 6546 / 24582-7
SERRARIA SAO JOSE SC		NOSSO NÚMERO 10900951120-6
DATA DOCUMENTO 24/10/2024	NÚMERO DOCUMENTO 4113926-1	ESP. DOC DP
ACEITE S	DATA PROCESSAMENTO 24/10/2024	VALOR 677,64
USO DO BANCO CIP 000	CARTEIRA 109	ESPECIE MOEDA R\$
QUANTIDADE		(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário).		(-) OUTRAS DEDUÇÕES
Após o vencimento, cobrar mora diária de R\$ 2,03		(+) MORA/MULTA
Após o vencimento, cobrar multa de 2%		(+) ACRÉSCIMO
Sujeito a inclusão no SERASA/SPC e protesto em CARTÓRIO.		(=) VALOR COBRADO
Não é permitido pagar ao representante/vendedor.		
Depósito bancário não efetua a quitação do boleto.		
PAGADOR HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	72916	CNPJ : 86.531.803/0001-98
AV: PRESIDENTE VARGAS	URUSSANGA	SC CEP : 88840000
SACADOR / AVALISTA COPAL ALIMENTOS LTDA		



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

RECEBEMOS DE COPAL ALIMENTOS LTDA

OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO, NO VALOR DE: R\$

677,64

NF-e

Nº. 4113926

SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

HOSPITAL DE URUSSANGA



DANF-e

Documento Auxiliar da Nota Fiscal



Identificação do Emitente

COPAL ALIMENTOS LTDA
RUA HERIBERTO HULSE - 4633 -
SERRARIA - SAO JOSE - SC -
88115-000

Telefone: 48 3246-2244
Fax: 48 3246-0500
E-mail: copal@copalalimentos.com.br

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 4113926
SÉRIE 1

1

FL 1 of 1

CHAVE DE ACESSO

4224 1082 9007 1300 0176 5500 1004 1139 2612 0253 1670

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
250018853

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ
82.900.713/0001-76

Protocolo de Autorização (Data e Hora)

242240216689624

24/10/2024 02:23:41

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

- 72916

CNPJ/CPF

86.531.803/0001-98

DATA DA EMISSÃO

24/10/2024

LOGRADOURO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO/DISTRITO

AV: PRESIDENTE VARGAS

540

CENTRO

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

24/10/2024

CEP

MUNICÍPIO

Telefone/Fax

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

88840000

URUSSANGA

04834411931

SC

HORA DE SAÍDA

02:13

FATURA

Nº Venc. Vi.
1 07/11/24 677,64

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
462,84	55,55	0,00	0,00	677,64
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	R\$ 0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				677,64

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete		RYB2E00	SC	
LOGRADOURO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4			4	54,00	53,50

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Código	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	V. ST	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
70638	C AV COXA C/SB S/O CG BELLO 3X6KG	02071423	020	5102	KG	18,00	10,65	191,70	0,00	111,82	13,42	0,00	12,00	0,00
74109	C AV PEITO S/O JAGUA 20X+-1KG	02071422	020	5102	KG	20,00	16,19	323,80	0,00	188,88	22,67	0,00	12,00	0,00
67515	MARGARINA 80% LIP C/SAL BD COAMO 14.5KG	15171000	500	5102	UN	1,00	125,99	125,99	0,00	125,99	15,12	0,00	12,00	0,00
67094	QUEIJO MUSSARELA FAT RIOLAT 1KG (24)	04061010	000	5102	KG	1,00	36,15	36,15	0,00	36,15	4,34	0,00	12,00	0,00

FIM DOS PRODUTOS

CERTIFICO que o MATERIAL constante deste documento foi SERVIÇO PRESTADO e RECEBIDO e aceito Em Hospital Nossa Senhora da Conceição Gabriela Zapetini Tizziani Hospital Nossa Senhora da Conceição

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 64082653 / CARREGAMENTO: 210573 - CLIENTE: 72916 - HOSPITAL DE URUSSANGA
VENDEDOR: 64 - LICITACAO - 48 99187-1164 / SUPERVISOR: 1 - LICITACAO - 48 99187-1164
NRO. PEDIDO CLIENTE:
NUM TRANSACAO: 39677356 / COD COBRANCA: 341 - ITAU UNIBANCO - COB. BANCARIA
MOTORISTA: DANIEL VICENTE DA SILVA DOS SANTOS
ENTREGA: AV: PRESIDENTE VARGAS, 540, - CENTRO - URUSSANGA, SC - PONTO DE REFERENCIA:
RETENCOES NA VENDA PARA ORGAO PUBLICO: IRRF: CSLL: PIS: COFINS: MERCADORIA DE CONSUMO POPULAR CFME. SECAO II E III DO ANEXO 1 DO RICMS-SC.
MERCADORIA DE CESTA BASICA CONFORME ART. 11 A DO ANEXO 2 DO RICMS-SC

Pague via Pix

Escaneie o QR code com a câmera do seu aparelho



RESERVADO AO FISCO



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 07/11/2024 15:48:10

Boletos

Solicitante: AGOSTINHO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: UNICRED DO BRASIL
Razão Social do Beneficiário: MC MORAES PRODUTOS DESCARTAVEIS LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: MC MORAES PRODUTOS DESCARTAVEIS LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 50.178.059/0001-42
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2501741320
Código de Barras: 13691709050077852401700000345652898920000102250
Data de Vencimento: 06/11/2024
Data da Transação: 07/11/2024
Hora da Transação: 15:45
Data do Pagamento: 07/11/2024
Valor do Título (R\$): 1.022,50
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor do Juros/Mora (R\$): 0,34
Valor da Multa (R\$): 20,45
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 1.043,29
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 7DDB.39F3.C7CA.99DF.23BB.3934.F863.189F

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525

UNICRED 136 - 8

Recibo do Pagador

13691.70905 00778.524017 00000.345652 8 98920000102250

Beneficiário MC MORAES PRODUTOS DESCARTAVEIS LTDA - 050178059000142		Agência / Cód. Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
R AMAPA,43,LT 02 - CRICIUMA / SC - 88813-300		1709-4/0778524-0	R\$		021/1000003456-5
Número do documento	CPF / CNPJ	Vencimento		Valor do documento	
3504	050178059000142	06/11/2024		1.022,50	
(-) Desconto/abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - CNPJ 086531803000198					
PRESIDENTE VARGAS, 0 - CENTRO, URUSSANGA / SC - 88840-000					

Autenticação mecânica

UNICRED 136 - 8

13691.70905 00778.524017 00000.345652 8 98920000102250

Local de Pagamento		SAC Unicred 0800 647 2930		Vencimento	
Pagável em qualquer banco		Ouvidoria Unicred 0800 940 0602		06/11/2024	
Beneficiário MC MORAES PRODUTOS DESCARTAVEIS LTDA - 050178059000142		Agência / Código Beneficiário		1709-4/0778524-0	
R AMAPA,43,LT 02 - CRICIUMA / SC - 88813-300		Nosso número		021/1000003456-5	
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	
16/10/2024	3504	DM	N	16/10/2024	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor documento
8650	021	R\$			1.022,50
Instruções (Texto de responsabilidade do Cooperado)					
Após o vencimento Mora Mensal de 1.00%					
Após o vencimento, multa de 2.00%					
Protestar em 5 dias úteis					
Controle participante: 1000003456					
SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS					
Pagador					
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - CNPJ 086531803000198					
PRESIDENTE VARGAS, 0 - CENTRO					
URUSSANGA / SC - 88840-000					


Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

PRODUTOS DESCARTAVEIS LTDA
 RUA AMAPA, 43
 PROSPERA
 Criciúma
 SC (48) 99974-0376 12.345-612

DANFE
 Documento auxiliar
 da Nota Fiscal
 Eletrônica
 Saída: 1
 Entrada: 0
 FL 1 / 1
 N°: 3504
 Série: 1



CHAVE DE ACESSO
 4224 1050 1780 5900 0142 5500 1000 0035 0414 4322 0490

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA DENTRO DO ESTADO
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 262236699 INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA CNPJ/CPF 50.178.059/0001-42

DESTINATÁRIO/REMETENTE
 NOME/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
 CNPJ/CPF 86.531.803/0001-98 DATA DA EMISSÃO 16-10-2024
 ENDEREÇO Av Presidente Vargas, S N BAIRRO/DISTRITO Centro CEP 88.840-000 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 16-10-2024
 MUNICÍPIO URUSSANGA UF SC INDICADOR IE 2-Isento INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA ENTRADA/SAÍDA 14:13:56

FATURA
 NÚMERO 3504 VALOR ORIGINAL 1.022,50 VALOR DO DESCONTO 0,00 VALOR LÍQUIDO 1.022,50

DUPLICATAS

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	06-11-2024	1.022,50									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DE ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	1.022,50	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.022,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS
 RAZÃO SOCIAL
 ENDEREÇO
 QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
000440	BOBINA 1KG PICOTADA 16X30 C/500 un LIBREPLAST	39232190	0102	5102	UN	3,0000	18,00	54,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
000125	PP180 COPO 180ml TRANSP CX2500 COPOZAN	39241000	0102	5102	CX	4,0000	130,00	520,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
000299	COPO 50ML CAFE BRANCO/TRANS CX 5000un MINAPLAST	39241000	0102	5102	CX	1,0000	129,00	129,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
000074	FILME PVC 38X1000m TECFILM	39204390	0102	5102	UN	1,0000	80,00	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
000511	Papel Toalha Cozinha FD Natureza MIX 32 ROLOS IPEL	48189090	0102	5102	FARD	1,0000	56,50	56,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
000375	SACO PLÁSTICO TALHER 07x23x0,05 - C/1000un NEW	39231090	0102	5102	PC	3,0000	21,00	63,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
000302	TAMPA PLÁSTICA POTE 100ML CX 2000un COPOZAN	39241000	0102	5102	CX	1,0000	120,00	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Venda gerada a partir do Orçamento n. 0010008029.código do pedido na Mercos: 8069 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI. - Voce pagou aproximadamente : R\$229,56 de tributos federais R\$173,83 de tributos estaduais Fonte : IBPT

CERTIFICO que o MATERIAL constante neste documento foi PRESTADO RECEBIDO aceito

RESERVADO AO FISCO

16/10/2024

Gabriel Fernando Figueiredo

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Comprovante de Pagamento PIX



NF 9148277

Valor: R\$ 150,00

Realizado em: 07/11/2024 - 15:47:19

Solicitante: AGOSTINHO VENDRAMINI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: TATIANA MARCELINO DE JESUS 08783709940

CNPJ do destinatário: 42.276.146/0001-04

Instituição do destinatário: NU PAGAMENTOS - IP

Agência e conta do destinatário: 1 / 56216907-6

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241107184548E1ISdTGcM

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4110.7184.548E.1ISd.TGcM

Número de Controle: 11464694464

Emitido em: 07/11/2024 - 15:48:25

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

Nº: 9148277
Série: 890
CNPJ: 42.276.146/0001-04

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

TATIANA MARCELINO DE JESUS 08783709940

ESTRADA GERAL MINA RIO MAIOR, SN - RIO CARVAO, URUSSANGA, SC - CEP: 88840000 - Fone/Fax: 04834652791

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída
1
Nº: 9148277
SÉRIE: 890
FOLHA: 1/1


CHAVE ACESSO
42241182951310000156558900091482771409586607
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora

TUREZA DA OPERAÇÃO
Protocolo de Autorização de Uso: 242240231483132 - 04/11/2024 09:09:59
Inscrição Estadual: 1219669
Inscrição Estadual do Subst. Trib.:
CPF/CNPJ: 42.276.146/0001-04

DESTINATÁRIO/REMETENTE
Razão Social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98
Data da Emissão: 04/11/2024 09:06:00
Endereço: AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, SN
Bairro/Distrito: CENTRO
CEP: 88840000
Data da Entrada/Saída:
Município: URUSSANGA (BRASIL)
Fone/Fax:
UF: SC
Inscrição Estadual:
Hora de Entrada/Saída:

VALORES E DUPLICATAS
Forma de Pagamento: PAGAMENTO A VISTA / V.Orig: 150,00 / V.Desc: 0,00 / V.Liq: 150,00

CÁLCULO IMPOSTO
Base de Cálculo do ICMS: 150,00
Valor do ICMS: 0,00
Base de Cálculo do ICMS ST: 150,00
Valor do ICMS ST: 0,00
Valor Total dos Produtos: 150,00
Valor do Frete: 0,00
Valor do Seguro: 0,00
Desconto: 0,00
Outras Despesas ACESS.: 0,00
Valor do IPI: 0,00
Valor Total da Nota: 150,00

TRANSPORTADOR/VOLUME 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:

ALÍQUOTA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ICMS	IPI
582	SUPORTE PARA ECHADURA ELETROIMA UNIVERSAL	83014000	0103	5102	UN	1,0000	150,0000	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por empresa enquadrada como Microempreendedor Individual - MEI, optante pelo SIMEI na forma da Resolução CGSN Nº 40/2018 SUPORTE FECHADURA ELETROIMA PORTA DE VIDRO PS

CERTIFICO que o **MATERIAL** deste documento foi **SERVICADO** e **PRESTADO** em 06/11/24 em Hospital Nossa Senhora da Conceição.
RECEBIDO
Gabriel Fernandes Pequeno

Comprovante de Pagamento PIX



NF 29623

Valor: R\$ 193,94

Realizado em: 07/11/2024 - 16:07:10

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CRIOBRAS AR GAS LTDA

CNPJ do destinatário: 01.666.621/0001-71

Instituição do destinatário: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Agência e conta do destinatário: 7448 / 0002555-6

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241107190548NzdMjvUcp

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4110.7190.548N.zdMj.vUcp

Número de Controle: 11464911566

Emitido em: 07/11/2024 - 16:07:42

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

VIA DO CLIENTE

RECEBEMOS DE CRIOBRAS AR GAS LTDA
AS MERCADORIAS DA NOTA 029623 SERIE 9

Thomaz
Assinatura

15/10/2024

DANFE SIMPLIFICADO
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

1 - SAIDA
Numero: 029623
Serie: 9



CHAVE DE ACESSO:
4224.1001.6666.2100.0171.5500.9000.0296.2314.9703.7655
Protocolo de Autorização: 242240205056166 15/10/2024 13:35 hs

VENDA FORA DO ESTABELECIMENTO
Emissao: 15/10/2024 Saída/Entrada: 15/10/2024 Hora: 13:35 hs

DADOS DO EMITENTE: CNPJ: 01666621/0001-71
I.Estadual: 253415241

CRIOBRAS AR GAS LTDA
RUA SILVIO BURIGO Numero 2181
Bairro Monte Castelo Fone: 48 36323333
CEP 88702504 TUBARAO-SC

DESTINATARIO/REMETENTE: CNPJ: 86531803/0001-98
I.Estadual:

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
AV PRESIDENTE VARGAS Numero 540
Bairro CENTRO Fone: 4834411900
CEP 88840000 URUSSANGA-SC

VENCIMENTO
01) 12/11/2024 193,94

DESCRICAÇÃO DO PRODUTO	QTDE	UNID	VL UNIT	VL TOTAL
NITROGENIO COM 10M3 Cilindro(s) Cheio: 1 Vazio: 1 Cod ONU 1066 Risco: 2.2	1,0	un	193,94	193,94

Volumes	Especie	Peso Liquido
1	Cilindros(s)	1,000
BASE ICMS 193,94	VALOR DO ICMS 32,97	BASE ICMS ST 0,00
VALOR ICMS ST 0,00	VLR PRODUTOS 193,94	VALOR DO FRETE 0,00
OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	TOTAL DA NOTA 193,94
INFORMACOES ADICIONAIS MANIFESTO(S) 154370 "VALOR APROXIMADO DOS TRI BUTOS FEDERAIS 5,63% FONTE IPBT". VALOR APROX IMADO DOS TRIBUTOS R\$ 10,92		RESERVADO AO FISCO
VIAGEM: 0033948		

Comprovante de Pagamento PIX



NF 11924 1

Valor: R\$ 2.069,46

Realizado em: 07/11/2024 - 16:07:10

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: LS REPRESENTACAO COMERCIAL

CNPJ do destinatário: 27.689.196/0001-20

Instituição do destinatário: CC LITORÂNEA

Agência e conta do destinatário: 3070 / 49005-9

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E03793242202411071903474mRDL2uP9

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4110.7190.3474.mRDL.2uP9

Número de Controle: 11464883877

Emitido em: 07/11/2024 - 16:07:21

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



756-0

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 IÇARA SC 88820000						Motivos não entrega. Uso empresa entregadora <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não existe n. indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2				Assinatura		Data Recusa	Assinatura
Nosso Número 0017258-0	Nr do Documento 11924/1	Data Vencimento 25/10/2024	(=) Valor Documento 2.069,46	Data Recebimento Boleto			
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP 170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531803000198 AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA SC 88840000 Beneficiário Final:						Data Processamento 04/10/2024	
Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO SICOOB							

Corte na linha pontilhada



756-0

75691.30706 01073.348201 01725.800013 5 98800000206946

Recibo do Pagador

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 IÇARA SC 88820000							
Nosso Número 0017258-0	Nr do Documento 11924/1	Data Vencimento 25/10/2024	Data Processamento 04/10/2024	(=) Valor Documento 2.069,46	(=) Valor Pago		
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP 170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531803000198 AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA SC 88840000 Beneficiário Final:							
Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2				Autenticação Mecânica			

Corte na linha pontilhada



756-0

75691.30706 01073.348201 01725.800013 5 98800000206946

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO SICOOB						Data Vencimento 25/10/2024	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299						Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2	
Data do Documento 04/10/2024	Nr do Documento 11924/1	Espécie DOC DMI	Aceite Não	Data Processamento 04/10/2024	Nosso Número 0017258-0		
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie	Quantidade	x Valor	(=) Valor Documento 2.069,46		
Informações de responsabilidades do beneficiário: PASSIVEL DE PROTESTO APÓS 7 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO Cobrar juros de R\$ 6,83 por dia de atraso para pagamento a partir de 26/10/2024. Cobrar multa de R\$41,39 para pagamento a partir de 26/10/2024.						(-) Desconto/Abatimento	
						(+) Juros/Multa	
						(=) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP 170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531803000198 AV PRESIDENTE VARGAS 540 MATRIZ CENTRO URUSSANGA - SC 88840000 Beneficiário Final:							

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Recebemos de ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA os produtos e/ou serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica indicada abaixo. Emissão: 04/10/2024 Valor Total: R\$ 4.138,92 Destinatário: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		NF-e Nº.: 000.011.924 Série: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA RODOVIA JORGE ZANATTA, 299 - PAVLH 2 PRESIDENTE VARGAS - CEP: 88820-000 ICARA - SC Fone: (48) 3045-0203	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº.: 000.011.924 Série: 1 Folha 1/1	 CHAVE DE ACESSO 4224 1027 6891 9600 0120 5500 1000 0119 2416 6434 9766 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 242240189335181 - 04/10/2024 16:36:54
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 261820850	CNPJ / CPF 27.689.196/0001-20	

DESTINATÁRIO / REMETENTE RAZÃO SOCIAL HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	CNPJ / CPF 86.531.803/0001-98	DATA DE EMISSÃO 04/10/2024
ENDEREÇO AV PRESIDENTE VARGAS, 540 - MATRIZ	BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 88840-000
MUNICÍPIO URUSSANGA	FONE / FAX (48) 3441-1913	UF SC
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA ENTRADA / SAÍDA 16:36:53

FATURA / DUPLICATA
Número 001 Número 002
Vencimento: 25/10/2024 Vencimento: 15/11/2024
Valor: R\$ 2.069,46 Valor: R\$ 2.069,46

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
4.138,92	703,62	0,00	0,00	0,00	0,00		51,95	4.138,92
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.104,09	239,31	4.138,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	FRETE 9-Sem Transporte	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO	NUMERAÇÃO 12.00		PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000	
QUANTIDADE 0	ESPÉCIE Especie	MARCA Marca			

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANTI.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
3754	TEKTON 101 PLUS - DETERGENTE ACIDO - BB25L Lote: 40808 Quant: 1.0000 Val: 02/09/2026 CEST:1100700	34029090	000	5.102	UN	1.00	1.181,70	1.181,70	1.181,70	200,89		17,00	
4011	ETIQUETA MANUAL- LB-03 - 90MM X 50MM - ROLO COM 1000 UNI CEST:0000000	48211000	000	5.102	RL	1.00	616,00	616,00	616,00	104,72		17,00	
3486	MAXXITEST INTEGRADOR QUIMICO VAPOR TIPO 5 - PCT 250 UN CEST:0000000	38229000	000	5.102	CX	1.00	170,80	170,80	170,80	29,04		17,00	
3485	MAXXIPACK TESTE DESAFIO 3HRS CX C/ 10 UNDS CEST:0000000	38229000	000	5.102	CX	1.00	750,00	750,00	750,00	127,50		17,00	
3534	PAPEL TOALHA BOBINA - 20CM X 200M - CX COM 6 RLS - 20G - ELX - IPEL FIT 2119-29 CEST:2004500	48182000	000	5.102	CX	1.00	130,07	130,07	130,07	22,11		17,00	
4239	HIG. F. SIMPLES NATUREZA 10X300 8 RLS 0817-23 CEST:2004200	48181000	000	5.102	CX	5.00	69,00	345,00	345,00	58,65		17,00	
3550	PERA-TEC HOSP 0,2% - ACIDO PERACETICO - CAIXA COM 2 GALOES DE SL + 30 FITAS REAGENTES Lote: 40476 Quant: 1.0000 Val: 05/08/2025 CEST:0000000	29159060	000	5.102	CX	1.00	460,87	460,87	460,87	78,35		17,00	
3752	TEKTON 101 - DETERGENTE UMECTANTE - BB25L Lote: 40558 Quant: 1.0000 Val: 12/08/2026 CEST:1100700	34029090	000	5.102	UN	1.00	484,4797	484,48	484,48	82,36		17,00	

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: Trib aprox R\$: 557.01 Federal e 547.08 Estadual#Fonte: IBPT/FECOMERCIO SC VERSAO AB35A7. Email do Destinatário: financeiro@hospitaldeurussanga.com.br	

Município de Pedras Grandes
Estado de Santa Catarina

PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS DE CONVÊNIOS

Entidade Beneficiada: Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga

CNPJ: 86.531.803/0001-98

Valor anual do Convênio: R\$93.000,00 (noventa e três mil reais)

Finalidade Custear manutenção dos serviços do Hospital Nossa Senhora da Conceição para prestar serviços de atendimento aos municípios na área da saúde.

Data	Documento	Nº Nota Fiscal	Histórico	Recebimento	Pagamento
			Saldo Anterior	4,19	
25/11/2024			Liberação de crédito	20.000,00	
25/11/2024		31930	Clini-X		3.265,98
25/11/2024			Sindisaúde		4.467,29
25/11/2024		226	GAN Saúde		8.882,79
25/11/2024			Cesta de relacionamento		22,00
27/11/2024		34065	Patogene Patologia		415,22
27/11/2024		10463	PL Prod para Saúde		665,60
27/11/2024		228	JD Arquitetura Clinica		1.200,00
27/11/2024		1050	Valutare Auditores		614,00
29/11/2024			Liberação de crédito	19.000,00	
29/11/2024		227	GAN Saúde		6.878,32
29/11/2024		4144232	Copal Distribuidora		539,14
29/11/2024		326024	Soma/SC Produtos Hopitales		753,95
29/11/2024		10493	Supergasbrás Energia Ltda		1.446,06
29/11/2024		11117 / 11514	Zoe Com e Representação		4.857,41
29/11/2024		2685	Urugraf		270,00
29/11/2024		1387	Calhas Urussanga		250,00
29/11/2024		32208	Clini-X		4.474,09
				39.004,19	39.001,85
			Saldo Atual	2,34	

Urussanga/SC, 16/12/2024

Emanuela Postai
Emanuela Postai
Tesoureira
Hospital Nossa Senhora da Conceição
Emanuela Postai
Tesoureira

Recebi
17/12/24
[Assinatura]



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 16/12/2024 15:11:07

Extrato

Dados referentes ao período 08/11/2024 a 16/12/2024.

Data	Descrição	Documento	Valor (R\$)	Saldo (R\$)
	SALDO			4,19
25/11/2024	TED 82928680000172 PREF MUNICIPAL DE PEDRAS	797559	20.000,00	20.004,19
25/11/2024	PAGAMENTO PIX 12731480000140 CLINICA DE IMAGEM E	PIX_DEB	-3.265,98	16.738,21
25/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 16031105934 Ademar Alberto Per		-4.467,29	12.270,92
25/11/2024	PAGAMENTO PIX 45296376000123 GAN SAUDE LTDA	PIX_DEB	-8.882,79	3.388,13
25/11/2024	CESTA DE RELACIONAMENTO		-22,00	3.366,13
27/11/2024	PAGAMENTO PIX 83474395000191 PATOGENE PATOLOGIA	PIX_DEB	-415,22	2.950,91
27/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 37331442000120 PL PRODUTOS PAR		-665,60	2.285,31
27/11/2024	PAGAMENTO PIX 31287540000121 JD ARQUITETURA ESPE	PIX_DEB	-1.200,00	1.085,31
27/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 28881518000109 VALUTARE AUDITO		-614,00	471,31
29/11/2024	TED 82928680000172 PREF MUNICIPAL DE PEDRAS	643612	19.000,00	19.471,31
29/11/2024	PAGAMENTO PIX 45296376000123 GAN SAUDE LTDA	PIX_DEB	-6.878,32	12.592,99
29/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 82900713000176 COPAL ALIMENTOS		-539,14	12.053,85
29/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 05531725000120 SOMASC PROD HOS		-753,95	11.299,90
29/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 19791896000283 SUPERGASBRAS EN		-1.446,06	9.853,84
29/11/2024	PAGAMENTO PIX 27689196000120 LS REPRESENTACAO CO	PIX_DEB	-4.857,41	4.996,43
29/11/2024	LIQUIDACAO BOLETO 04514052000137 URUGRAF GRAFICA		-270,00	4.726,43
29/11/2024	PAGAMENTO PIX 23847085000143 CALHAS URUSSANGA LT	PIX_DEB	-250,00	4.476,43
29/11/2024	PAGAMENTO PIX 12731480000140 CLINICA DE IMAGEM E	PIX_DEB	-4.474,09	2,34

Saldo da Conta

Valores atualizados em 16/12/2024

Saldo atual (disponível em conta)	R\$ 2,34
Saldo bloqueado	R\$ 0,00
Lançamentos a conferir	R\$ 0,00
Saldo de investimentos com resgate automático	R\$ 0,00
Limite cheque especial	R\$ 0,00
Limite disponível do cheque especial	R\$ 0,00
Taxa de juros mensal do cheque especial	0.00 %
Taxa de inadimplência do cheque especial	1.00 %
Vencimento do cheque especial	
Custo Efetivo Total (CET) - Anual	0.00 %

Comprovante de Pagamento PIX



NF 31930

Valor: R\$ 3.265,98

Realizado em: 25/11/2024 - 17:12:47

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA

CNPJ do destinatário: 12.731.480/0001-40

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1405 / 114454-5

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241125200653tvZhQLs81

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.5200.653t.vZhQ.Ls81

Número de Controle: 11546592117

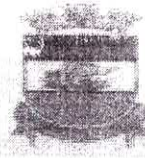
Emitido em: 25/11/2024 - 17:36:29

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</p>	Número do RPS	Número da nota 31930
	Data da emissão da nota 13/11/2024 15:14:55	
	Data do fato gerador 13/11/2024 15:14:55	
	Código de verificação N3QM32DOM	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: CLÍNICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA
 CPF/CNPJ: 12.731.480/0001-40 Inscrição municipal: 2961
 Endereço: R. BERNARDO LOCKS Número: 246 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000
 Complemento:
 Município: Braço do Norte UF: SC
 E-mail: Site:
 Inscrição estadual: Telefone: (48) 3658-4243
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
 CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-08 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
 CEP: 88840-000
 Complemento:
 Município: Urussanga UF: SC
 E-mail: Telefone: (48) 3441-1900 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA REALIZADOS EM OUTUBRO/2024.	3.480,0000	1,0000	3.480,0000	3.480,00x4,00 =	139,20

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
*		À VISTA	3.265,98								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 22,62	R\$ 104,40	R\$ 0,00	R\$ 52,20	R\$ 34,80	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 3.480,00		Valor líquido = R\$ 3.265,98			

Códigos dos serviços:

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	3.480,00	139,20

OUTRAS INFORMAÇÕES

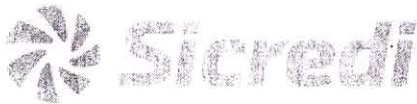
Natureza da operação: Tráfego em município
 Situação tributária do ISSQN: Normal
 Local da prestação de serviço: Braço do Norte

Esta NFS-e foi emitida com fundamento na Lei Complementar Municipal nº 031/2005
 Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do ICMS federal - R\$ 485,00 (13,95%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 73,48 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 6.264/2014 - Função IPI



Verificar autenticidade



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 25/11/2024 17:19:44

Bolão

Solicitante:	AGOSTINHO
Cooperativa Origin:	2604
Conta Origin:	32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo:	86.531.803/0001-98
Instituição Emissora:	UNICRED DO BRASIL
Nome do Beneficiário:	Ademar Alberio Pereira
CPF/CNPJ do Beneficiário:	160.311.059-34
Nome do Pagador:	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEI__O
CPF/CNPJ do Pagador:	86.531.803/0001-98
Número de Controle:	2523340136
Código de Barras:	10694372050006009460400005016548999110000446729
Data de Lançamento:	25/11/2024
Data de Vencimento:	25/11/2024
Forma de Transmissão:	17117
Data do Pagamento:	25/11/2024
Valor do Título (R\$):	4.487,29
Valor de Desconto (R\$):	0,00
Valor em Juros/Multa (R\$):	0,00
Valor de Multa (R\$):	0,00
Valor de Amortamento (R\$):	0,00
Valor Parcelado (R\$):	4.487,29
Descrição do Pagamento:	
Autenticação Eletrônica:	54ED.20E9.377D.C288.9428.092A.C005.EFDE

* A transação eletrônica realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados informados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados em sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos para realização de operações em sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Sicredi por telefone 8003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7200 - Ouvidoria 0800 846 2319
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS - COMARCA DE URUSSANGA

ESTADO DE SANTA CATARINA - TABELIÃO: ADEMAR ALBERTO PEREIRA
Travessa Emílio Bendo, 39 - Edifício Jardim - Centro - CEP 88840.000 - Urussanga -SC
Telefone e WhatsApp: (48) 3465-3599 CPF:160.311.059-34
E-mail: acairatabelionato@yahoo.com.br Atendimento: das 9h às 12h e das 13:30h às 17:30h

INTIMAÇÃO

Prezado(s) Senhor(es):
Encontra-se neste Ofício o título abaixo caracterizado para ser protestado por falta de pagamento, com as seguintes características:

Protocolo n.
559286

Devedor/Saqueador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

CNPJ/CPF: 98.531.609/0001-99

Endereço: AV. PRESIDENTE VARGAS, S/N

Bairro:

Cidade: URUSSANGA

UF: SC CEP: 88840-000

Apresentante: BANCO COOPERATIVA SICRESI S.A. - BANSICRESI

Credor Cedente: SINDICATO TRABALHADOR ESTAB. SERV. SAUDE

CNPJ/CPF: 83.595.411/0001-30

Sacador: O CREDOR

Número do Título: 0242363197

Emissão do Título: 09/09/2024

Nº do Banco: 443.93197

Especie: DMI

Vencimento: 15/09/2024

Motivo do Protesto: FALTA DE PAGAMENTO

Tipo de Protesto: Comum

Data do Apontamento: 18/11/2024

Valor original do Título: 3.870,00

Valor do Título: 3.870,00

Juros do Título: 91,99

Proteção: 277,15

Diligência: 15,73

Tarifa de Serviço: 3,50

ISS (5%): 19,86

FRJ (22,73%): 85,10

Valor total a pagar: 4.467,29

Por ocasião em que a pagar o valor do título neste referido, dentro de três dias úteis a contar a partir da data do recebimento da presente, a fim de resgatar o título, ou então susitar judicialmente, podendo ainda oferecer resposta escrita no mesmo prazo, sob pena de ser o mesmo protestado, de conformidade com a Lei n. 8421/1997. No caso do título ser protestado, o sacado fica ciente que esta informação será repassada aos órgãos de proteção ao crédito (SERASA). Caso o pagamento seja efetuado por meio de boleto bancário, será cobrado a tarifa bancária de R\$ 3,50, valor já incluso no boleto.

URUSSANGA, 19/11/2024

ADEMAR ALBERTO PEREIRA
TABELIÃO

Em caso de AR: obra de 10 dias e multa de 1%

Valor do Título	3.870,00	Vencimento	25/11/2024	Valor a pagar	4.467,29
Valor pago - R\$					

Sacado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Local de Pagamento

UNICRED 15004372050006009460400005016548999110000446729

Local de Pagamento	Pagável somente em dinheiro em qualquer banco até o vencimento.	Vencimento	25/11/2024
Cedente	BANCO COOPERATIVA SICRESI S.A. - BANSICRESI	Agência/Código cedente	4372-9/60094-6
Data de emissão do título	19/11/2024	Nome do titular	00000501654
Valor nominal	3.870,00	(a) Valor do documento	4.467,29

Conforme Prov. 67 de 19/09/2010, nos casos que o AR não retornar a serventia dentro de 10 dias úteis, será observado o prazo de lavratura do protesto conforme a Lei 8.421 de 13/09/1997.

INSTRUÇÕES DE PAGAMENTO:

Para pagamento: no dia 25/11/2024 - depósito de R\$ 4,19

Para pagamento: no dia 19/11/2024 - depósito de R\$ 3,97

Obs: A migração de títulos e o protesto deverão ser feitos apenas nos bancos.

Não receber após o vencimento

Devedor: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Rodovia AV. PRESIDENTE VARGAS, S/N
URUSSANGA - SC - CEP: 88840-000

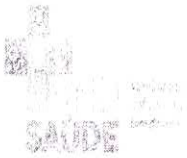
Sacador: A Zella

Sacado: A Zella



Out. Banc.

Autenticação mecânica: Ficha de compensação



SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE CRICIÚMA E REGIÃO

Rua Santo Antônio, 1027 - Cruzeiro do Sul - 88811-040 - CRICIÚMA - SC
Fone/Fax: (48) 3439-4900 - E-mail: contato@sindisaudecriciuma.com.br
Site: www.sindisaudecriciuma.com.br

MESESALIDADE SOCIAL

Informamos que a partir de agora nossos boletos serão com cobrança registrada, havendo a possibilidade de protesto após 10 dias de atraso.

BENEFICIÁRIO: SINDICATO TRABALHADORES SERVIÇOS DE SAÚDE DE CRICIÚMA E REGIÃO Rua Santo Antônio, 1027 - Cruzeiro do Sul - 88811-040 - Criciúma, SC					CNPJ 83.595.421/0001-30	RECIBO DO PAGADOR	
DATA DOCUMENTO 09/09/2024	NÚMERO DO DOCUMENTO MESESAL02408	ESPECÍFICO DO DOCUMENTO 003	MÓDULO M	ESPECÍFICO SOCIAL 01	DATA PROCESSAMENTO 09/09/2024	CARTEIRA 1	VENCIMENTO 15/09/2024
INSTRUÇÕES (Vale de Resgate emitido ao beneficiário) Prazo - Conforme Circular 01 de 2024 Após Vencimento Cobrança de 3% Juros de 3% ao mês					MESESALIDADE EMPRESA - REFERENTE AGOSTO DE 2024	(A) OUTRAS DEDUÇÕES/ABATIMENTO	AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 2604.02.04509
Mensalidade colaborador recolhido pela empresa					(B) OUTROS ACRESCIMOS	(C) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO 24/236319-7
PAGADOR: Hospital Nossa Senhora do Carmo Ltda - SC					EMPRESA: Hospital Nossa Senhora do Carmo Ltda - SC	(D) VALOR COBRADO	3.870,00

1 - Data Sistema - Brasília - 12/09/2024 10:47:52 - Local: Curitiba - PR - 81100-000

DESTAQUE Nº 11
Código de Verificação: 7409 11482 36319 726042 32045 091077 4 983000003387000

Local para depósito: Pague em qualquer banco, nas Loterias ou internet					VENCIMENTO 15/09/2024		
BENEFICIÁRIO: SINDICATO TRABALHADORES SERVIÇOS DE SAÚDE DE CRICIÚMA E REGIÃO Rua Santo Antônio, 1027 - Cruzeiro do Sul - 88811-040 - Criciúma, SC					CNPJ 83.595.421/0001-30	AGÊNCIA/CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 2604.02.04509	
DATA DOCUMENTO 09/09/2024	NÚMERO DO DOCUMENTO MESESAL02408	ESPECÍFICO DO DOCUMENTO 003	MÓDULO M	ESPECÍFICO SOCIAL 01	DATA PROCESSAMENTO 09/09/2024	NOSSO NÚMERO 24/236319-7	
USO DO BANCO 1					VALOR	(E) VALOR DOCUMENTO 3.870,00	
INSTRUÇÕES (Vale de Resgate emitido ao beneficiário) MESESALIDADE SOCIAL - REFERENTE AGOSTO DE 2024 Prazo - Conforme Circular 01 de 2024 Após Vencimento Cobrança de 3% Juros de 3% ao mês					(A) DESCONTO		
Mensalidade colaborador recolhido pela empresa					(B) OUTROS ACRESCIMOS		
PAGADOR: Hospital Nossa Senhora do Carmo Ltda - SC R. Santo Antônio, 1027 - Cruzeiro do Sul - 88811-040 - Criciúma, SC					CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98	(C) VALOR COBRADO	



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

Comprovante de Pagamento PIX



NF 226

Valor: R\$ 8.882,79

Realizado em: 25/11/2024 - 17:37:58

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: GAN SAUDE LTDA

CNPJ do destinatário: 45.296.376/0001-23

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1707 / 547263-6

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241125203652fZxuroz6x

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.5203.652f.Zxur.oz6x

Número de Controle: 11546767517


Emitido em: 25/11/2024 - 17:38:17

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</p>	Número do RPS 223	Número da nota 226
	Data da emissão da nota 14/11/2024 15:51:47	
	Data do fato gerador 14/11/2024 15:51:05	
	Código de verificação EON02QK8U	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: GAN SAUDE LTDA
 Nome/Razão social: GAN SAUDE LTDA
 CPF/CNPJ: 48.245.176/000-23 Inscrição municipal: 13401
 Endereço: TV GERMANO MAGRIN Número: 100 Bairro: Centro CEP: 88802-090
 Complemento: AP/II: CXPST 346 SALA 501
 Município: Criciúma UF: SC
 E-mail: andreiservoont@gmail.com Site:
 Inscrição estadual: Telefone: (48) 9164-1222
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: HOSPITAL HOSPIRES S UNIDADE DA CONCEICAO
 CPF/CNPJ: 06.991.800/000-96 Inscrição municipal:
 Inscrição estadual: ISENTO
 Endereço: AVENIDA PRESIDENTE VARGAS Número: S/N Bairro: CENTRO CEP: 83840-000
 Complemento:
 Município: Urussanga UF: SC
 E-mail: RH@HOSPITALHOSPIRESANPA.COM.BR Telefone:
 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - EXAMES DE RX 3.434,95 = 9.464,98	9.464,8800	1,0000	9.464,8800	9.464,88x2,00=	189,30

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		A vista	9.654,18								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 61,52	R\$ 263,95	R\$ 0,00	R\$ 141,97	R\$ 94,65	R\$ 0,00
Valor Bruto = R\$ 9.654,18		Valor Líquido = R\$ 9.532,78			

Códigos dos serviços:
 04.01 - Medicina e odontologia.


CNAE:
 8630-4/01 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Descontos (R\$)	Valor líquido (R\$)	Deduções (R\$)	Base de cálculo (R\$)	Valor ISS (R\$)
0,00	9,65	0,00	9.464,88	189,30

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISS: Normal
 Local da prestação do serviço: Criciúma

Situação desta NFS-e: Normal
https://e-gov.betha.com.br/validar/nfe/nfe_eletronica?link=17316103070942262629362035850504247566675683565587847
 Valor aporcionado do tributo federal - R\$ 1.073,93 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 199,71 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 6.754/2014 - Nota 1811


 Verificar autenticidade

Comprovante de Pagamento PIX



NF 34065

Valor: R\$ 415,22

Realizado em: 27/11/2024 - 14:20:09

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: PATOGENE PATOLOGIA DIAG

CNPJ do destinatário: 83.474.395/0001-91

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1401 / 74037-3

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241127171350tNenOuqYa

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.7171.350t.NenO.uqYa

Número de Controle: 11555583373


Emitido em: 27/11/2024 - 14:20:42

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número do RPS 11299	Número da nota 34065
	Data da emissão da nota 05/11/2024 10:07:47	
	Data do fato gerador 05/11/2024 07:07:43	
	Código de verificação WJYVZ6XOP	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: PATOGENE PATOLOGIA DIAGNOSTICA Nome/Razão social: PATOGENE MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA CPF/CNPJ: 83.474.395/0001-91 Inscrição municipal: 9666 Endereço: R JOÃO CECHINEL Número: 352 Bairro: PIO CORRÊA CEP: 88811-500 Complemento: AP/E: SALA:02, 03, 301, 302,303 Município: Criciúma UF: SC E-mail: financeiro@patogene.com.br Site: patogene.com.br	Inscrição estadual: Telefone: (48) 3433-1200 Celular:
---	---

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal: Endereço: Avenida Presidente Vargas Número: 540 Bairro: Centro CEP: 88840-000 Complemento: Município: Urussanga UF: SC E-mail: financeiro@hospitaldeurussanga.com.br Telefone:	Inscrição estadual: Celular:
--	---------------------------------

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇOS PRESTADOS EM 10.2024 .	435,4600	1,0000	435,4600	435,46x2,00 =	8,71

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	415,22								

RETENÇÕES FEDERAIS


PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 2,83	R\$ 13,06	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 4,35	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 435,46		Valor líquido = R\$ 415,22			

Códigos dos serviços:

04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	435,46	8,71

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Criciúma Situação desta NFS-e: Normal https://e-gov.betha.com.br/e-nota/visualizarnotaeletronica?link=1730812067552340652629960841145403538222651646632303712 Valor aproximado do tributo federal - R\$ 58,57 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 9,19 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT	 Verificar autenticidade
--	--

Recebemos os serviços constantes na NFS-e de número 34065, emitida por PATOGENE MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA - CPF/CNPJ 83.474.395/0001-91

Data	Identificação e assinatura (eletrônica ou física) do receptor:
------	--



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 27/11/2024 14:20:27

Boletos

Solicitante: SEBASTIAO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S A
Razão Social do Beneficiário: PL PRODUTOS PARA SAUDE LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: PL PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI
CPF/CNPJ do Beneficiário: 37.331.442/0001-20
Nome do Pagador: HOSPITAL NSRA DA CONCEICAO URUSSANGA
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2525936315
Código de Barras: 00190000090335840700900007330178799130000066560
Data de Vencimento: 27/11/2024
Data da Transação: 27/11/2024
Hora da Transação: 14:19
Data do Pagamento: 27/11/2024
Valor do Título (R\$): 665,60
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor do Juros/Mora (R\$): 0,00
Valor da Multa (R\$): 0,00
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 665,60
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 8ECD.F3A2.6E99.77C9.0493.9BB0.EBFC.CFA4

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 27/11/2024
Beneficiário PL PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI VALDEMIRO CUNHA,389-FORQUILHINHA-SÃO JOSÉ/SC-CEP:88106520 CNPJ: 37.331.442/0001-20					Agência / Código Beneficiário 3041-4/2202-0
					Nosso Número 33584070000007330
Data do Documento 28/10/2024	Núm. do documento 10463/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/10/2024	(=) Valor do documento 665,60
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / abatimento
Instrução (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente). Multa de 2% a partir do vencimento Após o Vencimento Cobrar 0,10% De Mora Diário					(+) Juros (Mora) / multa (=) Valor cobrado
Pagador HOSPITAL N.SRA DA CONCEIÇÃO URUSSANGA - CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 RUA PRES VARGAS,, 540 88840-000, Urussanga - SC					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de compensação

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 27/11/2024
Beneficiário PL PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI VALDEMIRO CUNHA,389-FORQUILHINHA-SÃO JOSÉ/SC-CEP:88106520 CNPJ: 37.331.442/0001-20					Agência / Código Beneficiário 3041-4/2202-0
					Nosso Número 33584070000007330
Data do Documento 28/10/2024	Núm. do documento 10463/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/10/2024	(=) Valor do documento 665,60
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / abatimento
Instrução (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente). Multa de 2% a partir do vencimento Após o Vencimento Cobrar 0,10% De Mora Diário					(+) Juros (Mora) / multa (=) Valor cobrado
Pagador HOSPITAL N.SRA DA CONCEIÇÃO URUSSANGA - CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 RUA PRES VARGAS,, 540 88840-000, Urussanga - SC					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de compensação

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 27/11/2024
Beneficiário PL PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI VALDEMIRO CUNHA,389-FORQUILHINHA-SÃO JOSÉ/SC-CEP:88106520 CNPJ: 37.331.442/0001-20					Agência / Código Beneficiário 3041-4/2202-0
					Nosso Número 33584070000007330
Data do Documento 28/10/2024	Núm. do documento 10463/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 28/10/2024	(=) Valor do documento 665,60
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / abatimento
Instrução (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente). Multa de 2% a partir do vencimento Após o Vencimento Cobrar 0,10% De Mora Diário					(+) Juros (Mora) / multa (=) Valor cobrado
Pagador HOSPITAL N.SRA DA CONCEIÇÃO URUSSANGA - CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 RUA PRES VARGAS,, 540 88840-000, Urussanga - SC					
Sacador / Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de compensação



RECEBEMOS DE PL PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI - Sao Jose - 37.331.442/0001-20 OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 010463 SÉRIE 1	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	VALOR DA NOTA: 665,60 DATA DE EMISSÃO: 28/10/2024	

 PL PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI Rua VALDEMIRO CUNHA, 389, ANEXO - FORQUILHINHA Sao Jose - SC - CEP: 88.106-520 - FONE: (48) 3259-0542	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº 10463 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 4224 1037 3314 4200 0120 5500 1000 0104 6316 9367 3123 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA
	NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de merc adq ou rec terc PROT. DE AUTORIZAÇÃO 242240222132220 28/10/2024 14:40:46	

CRT (Código de Regime) 3 - Regime Normal	INSCRIÇÃO ESTADUAL 260536741	INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA	CNPJ/CPF 37.331.442/0001-20
--	--	----------------------------------	---------------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL HOSPITAL N.SRA DA CONCEICAO URUSSANGA		CNPJ/CPF 86.531.803/0001-98	DATA DE EMISSÃO 28/10/2024
ENDEREÇO RUA PRES VARGAS,, 540		BAIRRO CENTRO	CEP 88.840-000
MUNICÍPIO Urussanga	UF SC	PAIS Brasil	FONE/FAX (48)3441-1931
		INSCRICAO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA

FATURA	NUMERO FATURA	VALOR ORIGINAL	DESCONTO	VALOR LIQUIDO
	10463	665,60	0,00	665,60

DUPLICATA	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
	001	27/11/2024	665,60						

FORMA DE PAGAMENTO	FORMA PAGAMENTO	VALOR	VALOR
Boleto Bancario		665,60	
		VALOR TROCO	

CÁLCULO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		665,60		113,15		0,00		0,00		665,60	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VLR APROX DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA					
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	137,45	665,60					

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
MULTISCV TRANSPORTES EIRELLI		REMETENTE					04.169.737/0001-93
ENDEREÇO ROD BR 282 KM 3764 1100 GALPAO 1 INTERIRO		MUNICÍPIO Herval d'Oeste		UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL 254530630		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO		
2	VOLUMES		0	10,000			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	ORIG/CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR UNIT	DESC	VLR TOTAL	V TRIB	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
A0124	FRESUBIN ORIGINAL EB 1000ML	21069090	2/00	5102	UN	16,0000	41,6000		665,60	137,45	665,60	113,15	0,00	17,00 0,00
LT:28TCA030 Val:02/06/25 UN:16														

CERTIFICO que o MATERIAL constante deste documento foi SERVIÇO PRESTADO e aceito RECEBIDO

Em 30/10/2024
 Hospital Nossa Senhora da Conceição
 Gabriela Zapellini Tizziani

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>PREZADO CLIENTE</p> <p>Só aceitamos reclamações de faltas e avarias no ato da entrega. Favor mencionar o ocorrido no conhecimento de entrega e no canhoto de Nota Fiscal.</p> </div>	

Comprovante de Pagamento PIX



NF 228

Valor: R\$ 1.200,00

Realizado em: 27/11/2024 - 14:20:09

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: JD ARQUITETURA ESPECIALIZADA EIRELI

CNPJ do destinatário: 31.287.540/0001-21

Instituição do destinatário: CCLA SUL CATARINENSE

Agência e conta do destinatário: 3074 / 54091-9

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241127171438p4pz6Sxdg

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.7171.438p.4pz6.Sxdg

Número de Controle: 11555586920

Emitido em: 27/11/2024 - 14:20:58

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número do RPS	Número da nota 228
Data da emissão da nota 21/10/2024 19:33:20	
Data do fato gerador 21/10/2024 19:33:20	
Código de verificação V9JUFNZ7J	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: JD ARQUITETURA CLINICA HOSPITALAR
Nome/Razão social: JD ARQUITETURA ESPECIALIZADA LTDA
CPF/CNPJ: 31.287.540/0001-21 Inscrição municipal: 52377 Inscrição estadual:
Endereço: R ENGENHEIRO FIUZA DA ROCHA Número: 600 Bairro: CENTRO CEP: 88801-400 Telefone: (48) 99976-4191
Complemento: AP/E: APT 062 Celular: (48) 99976-4191
Município: Criciúma UF: SC
E-mail: jucelia.arquitetura@gmail.com Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal: Inscrição estadual:
Endereço: AVENIDA PRESIDENTE VARGAS Número: 540 Bairro: CENTRO CEP: 88840-000
Complemento: HOSPITAL
Município: Urussanga UF: SC
E-mail: hospitaldeurussanga@hospitaldeurussanga.com.br Telefone: (48) 3441-1916 Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
PROJETO ÁREA DE ESTERELIZAÇÃO QUIMICA 2-3 .	1.200,0000	1,0000	1.200,0000	1.200,00x2,01 =	24,12

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	1.200,00								

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\$ 1.200,00			Valor líquido = R\$ 1.200,00		

Códigos dos serviços:

07.01 - Engenharia, agronomia, agrimensura, arquitetura, geologia, urbanismo, paisagismo e congêneres.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	1.200,00	24,12

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Criciúma

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.01%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 161,40 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 33,36 (2,78%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 27/11/2024 14:50:16

Boletos

Solicitante: SEBASTIAO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: UNICRED DO BRASIL
Razão Social do Beneficiário: VALUTARE AUDITORES
Nome Fantasia do Beneficiário: VALUTARE AUDITORES
CPF/CNPJ do Beneficiário: 28.881.518/0001-09
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2525978513
Código de Barras: 13691404030003426451500000061549899010000060000
Data de Vencimento: 15/11/2024
Data da Transação: 27/11/2024
Hora da Transação: 14:40
Data do Pagamento: 27/11/2024
Valor do Título (R\$): 600,00
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor do Juros/Mora (R\$): 2,00
Valor da Multa (R\$): 12,00
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 614,00
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 2749.DDBC.D78A.D8D9.17BB.2602.E951.F5B8

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525

UNICRED  136-8

13691.40403 00034.264515 00000.061549 8 99010000060000

Beneficiário VALUTARE AUDITORES - 028881518000109 AV CENTENARIO,3773,SL 703 - CRICIUMA / SC - 88801-001		Agência / Cód. Beneficiário 1404-4/0034264-5	Espécie RS	Quantidade	Nosso número 021/100000615-4
Número do documento 1050	CPF / CNPJ 028881518000109	Vencimento 15/11/2024		Valor do documento 600,00	
(-) Desconto/abatimento	(-) Outras deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - CNPJ 86531803000198 AV PRESIDENTE VARGAS, SN, S/N - CENTRO, URUSSANGA / SC - 88840-000					

Autenticação mecânica

UNICRED  136-8


13691.40403 00034.264515 00000.061549 8 99010000060000

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco		SAC Unicred 0800 647 2930 Ouvidoria Unicred 0800 940 0602		Vencimento 15/11/2024	
Beneficiário VALUTARE AUDITORES - 028881518000109 AV CENTENARIO,3773,SL 703 - CRICIUMA / SC - 88801-001		Agência / Código Beneficiário 1404-4/0034264-5			
Data do Documento 05/11/2024	Nº do Documento 1050	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 05/11/2024	Nosso número 021/100000615-4
Uso do Banco 8650	Carteira 021	Espécie RS	Quantidade	Valor	(=) Valor documento 600,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Cooperado) Após 18/11/2024, Mora Mensal de 1.00% Após 18/11/2024, multa de 2.00% Controle participante: 100000615				(-) Desconto / Abatimento	
				(-) Outras Deduções	
				(+) Mora / Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Pagador HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - CNPJ 86531803000198 AV PRESIDENTE VARGAS, SN, S/N - CENTRO URUSSANGA / SC - 88840-000					

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número do RPS	Número da nota 1050
	Data da emissão da nota 05/11/2024 13:39:04	
	Data do fato gerador 05/11/2024 13:39:04	
	Código de verificação PDIIVCE50	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: VALUTARE AUDITORES INDEPENDENTES SS
Nome/Razão social: VALUTARE AUDITORES INDEPENDENTES SS
CPF/CNPJ: 28.881.518/0001-09 Inscrição municipal: 50866
Endereço: AV CENTENÁRIO Número: 3773 Bairro: CENTRO CEP: 88801-001
Complemento: AP/E: SALA 703
Município: Criciúma UF: SC
E-mail: contato@valutareauditores.com.br Site: www.valutareap.com.br

Inscrição estadual:
Telefone: (48) 2102-7371
Celular: (48) 99926-6756

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal:
Endereço: R. PRESIDENTE VARGAS Número: SN Bairro: CENTRO CEP: 00000-000
Complemento:
Município: Urussanga UF: SC
E-mail: Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
VALOR REFERENTE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS POR SERVIÇOS PRESTADOS DE AUDITORIA INDEPENDENTE DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS ENCERRADAS DO EXERCÍCIO DE 2023. PARCELA 08/09 .	600,0000	1,0000	600,0000	600,00x2,61 =	15,66

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1	15/11/2024	A prazo	600,00								

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\$ 600,00		Valor líquido = R\$ 600,00			

Códigos dos serviços:

17.16 - Auditoria.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	600,00	15,66

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Criciúma

Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.61%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 80,70 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 20,58 (3,43%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Comprovante de Pagamento PIX



NF 227

Valor: R\$ 6.878,32

Realizado em: 29/11/2024 - 15:26:57

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: GAN SAUDE LTDA

CNPJ do destinatário: 45.296.376/0001-23

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1707 / 547263-6

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 06.501.805/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241129132102DPh0NrHOE

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.9182.102D.Ph0N.rHOE

Número de Controle: 11569371226

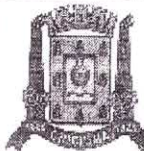
Emitido em: 03/12/2024 - 16:19:34

* A transação acima foi realizada no nosso internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número do RPS 224	Número da nota 227
	Data da emissão da nota 14/11/2024 15:55:59	
	Data do fato gerador 14/11/2024 15:55:42	
	Código de verificação YVFFVBLO5	

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: GAN SAUDE LTDA
 Nome/Razão social: GAN SAUDE LTDA
 CPF/CNPJ: 08.293.375/0001-23 Inscrição municipal: 13401
 Endereço: TV GERMANO MAGRIN Número: 100 Bairro: Centro CEP: 88802-090
 Complemento: AP/E: CXPST 346 SALA 501
 Município: Criciúma UF: SC
 E-mail: andreiservcont@gmail.com Site:

Inscrição estadual:
 Telefone: (48) 9164-1222
 Celular:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
 Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
 CPF/CNPJ: 66.521.903/0001-98 Inscrição municipal:
 Inscrição estadual: ISENTO
 Endereço: AVENIDA PRESIDENTE VARGAS Número: S N Bairro: CENTRO CEP: 88840-000
 Complemento:
 Município: Urussanga UF: SC
 E-mail: RH@HOSPITALDEURUSSANGA.COM.BR Telefone: Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVICOS MEDICOS PRELIMINARES - DR ANDRE - 1,00 X 7.329,06 = 7.329,06	7.329,0600	1,0000	7.329,0600	7.329,06x2,00=	146,58

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		A Parcela	6.878,32								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 47,64	R\$ 219,87	R\$ 0,00	R\$ 109,94	R\$ 73,29	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 7.329,06		Valor líquido = R\$ 6.878,32			

Códigos dos serviços:
 04.01 - Medicina e biomedicina

CNAE:
 8630-5/03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	7.329,06	146,58

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISSQN: Normal
 Local da prestação do serviço: Criciúma

Situação desta NFS-e: Normal
<https://e-gov.betha.com.br/e-nota/visualizarnotaeletronica?link=17316105598242272629362035858863335401262783021540678>
 Valor aproximado do tributo federal: - R\$ 985,76 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 154,64 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 03/12/2024 16:18:55

Boletos

Solicitante: SEBASTIAO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: ITAU UNIBANCO S A
Razão Social do Beneficiário: COPAL ALIMENTOS LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: COPAL ALIMENTOS LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 82.900.713/0001-76
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONC
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2529305060
Código de Barras: 34191090089616864654362458270006699140000052702
Data de Vencimento: 28/11/2024
Data da Transação: 29/11/2024
Hora da Transação: 15:19
Data do Pagamento: 29/11/2024
Valor do Título (R\$): 527,02
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor de Juros/Mora (R\$): 1,58
Valor da Multa (R\$): 10,54
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 539,14
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 5E2C.A005.4DDE.00F2.B1C8.E0D8.F60B.E00D

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525



341-7

Recibo do Pagador

BENEFICIÁRIO COPAL ALIMENTOS LTDA		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 6546 / 24582-7
PAGADOR HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		NOSSO NÚMERO 00961686-4
VALOR DO DOCUMENTO 527,02	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) MORA / MULTA
VENCIMENTO 28/11/2024	ESPECIE R\$	Nº DO DOCUMENTO 4144232 1
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



Banco Itaú S.A.

341-7

Recibo de Entrega

BENEFICIÁRIO COPAL ALIMENTOS LTDA		AGÊNCIA / CÓDIGO BENEFICIÁRIO 6546 / 24582-7
PAGADOR HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO		NOSSO NÚMERO 00961686-4
VALOR DO DOCUMENTO 527,02		NÚMERO DOCUMENTO 4144232 1
VENCIMENTO 28/11/2024	DATA ENTREGA	CÓDIGO CLIENTE E VENDEDOR 72916 64
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTACAR ABAIXO



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 96168.646543 62458.270006 6 99140000052702

LOCAL DE PAGAMENTO Pagável em qualquer banco. Preferencialmente no Itaú.						VENCIMENTO 28/11/2024	
BENEFICIÁRIO COPAL ALIMENTOS LTDA RUA HERIBERTO HULSE SERRARIA SAO JOSE SC						CNPJ: 82900713000176 AGÊNCIA / CÓDIGO BENEFICIÁRIO 6546 / 24582-7	
DATA DOCUMENTO 14/11/2024		NÚMERO DOCUMENTO 4144232-1		ESP. DOC DP		ACEITE S	
USO DO BANCO 000		CARTEIRA 109		VALOR R\$		DATA DE OCORRÊNCIA 14/11/2024	
INSTRUÇÕES: (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário).						(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO	
Após o vencimento, cobrar mora diária de R\$ 1,58						(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
Após o vencimento, cobrar multa de 2%						(+/-) MORA/MULTA	
Sujeito a inclusão no SERASA/SPC e protesto em CARTÓRIO.						(+/-) ACRÉSCIMO	
Não é permitido pagar ao representante/vendedor.						(+/-) VALOR COBRADO	
Depósito bancário não efetua a quitação do boleto.							
PAGADOR HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO AV. PRESIDENTE VARGAS URUSSANGA				72916		CNPJ : 80.531.803/0001-98 CEP : 88840000	
SACADOR / AVULSA COPAL ALIMENTOS LTDA							



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

GOPAL DANF-e
Documentos Auxiliares da Nota Fiscal

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA
Nº. 4144232
SÉRIE 1 FL 1 of 1

CHAVE DE ACESSO
4224 1182 9007 1300 0176 5500 1004 1442 3211 6617 0160

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS	INSCRIÇÃO ESTADUAL 25001885	ENSS. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ 82.900.713/0001-70	Protocolo de Autorização(Data e Hora) 242240247352226	14/11/2024 02:42:19
---	--------------------------------	---------------------------------	----------------------------	--	---------------------

DESTINAÇÃO/RENDA LÍQUIDA	NOBRE/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - 72916	CNPJ/CPF 86.531.803/0001-98	DATA DA EMISSÃO 14/11/2024
LOGRADOURO AV. PRESIDENTE VARGAS	NÚMERO 540	COMPLEMENTO CENTRO	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 14/11/2024
CEP 88840000	MUNICÍPIO URUSSANGA	Inscrição/Ins. 04834411931	HORA DE SAÍDA 02:41

Nº Venc. 1 28/11/24	Vi. 527,02
------------------------	---------------

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 36,89	VALOR DE ICMS 36,89	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST. 1,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 527,02
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO DESPESAS R\$ 0,00	VALOR DO DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 527,02

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9 - Sem Frete	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO QJN4877	UF SC	CNPJ/CPF
LOGRADOURO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE 2	UNIDADE	MARCA	NUMERAÇÃO 2	PESO BRUTO 38,00	PESO LÍQUIDO 38,00

Código	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVICO	NUM/GR	QTD	CFOP	UN	QTD	V. UN.	V. TOTAL	V. ST	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
74134	C AV COXA C/SE S/O UN BELLO 18KG+1KG	02071423	020	5102	KG	18,00	11,29	203,22	0,00	118,54	14,22	0,00	12,00	0,00
74109	C AV PEITO S/O JAPÃO 20KG+1KG	02071422	030	5102	KG	20,00	16,19	323,90	0,00	188,88	22,67	0,00	12,00	0,00

FIM DOS PRODUTOS

Este documento foi recebido em constante serviço

Em Hospital Nossa Senhora da Conceição
Gabriela Zapelini Tizziani
Hospital Nossa Senhora da Conceição

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
PEDIDO: 84984715 / CARREGAMENTO: 230,21 - CLIENTE: 72916 - HOSPITAL DE URUSSANGA
VENDEDOR: 61 - LICITACAO - R. PRES VARGAS / SUPERVISOR: 1 - LICITACAO - 48 99107-1164
BRO: PEIHO CLIENTE:
NUM TRANSAÇÃO: 84787714 / VALOR NOMINAL: 841 - ITAÍ INÍCIO - COB.BANCARIA
MOTORISTA: FELIPE RACHADEL
ENTREGA: AV. PRESIDENTE VARGAS, 540 - CENTRO - URUSSANGA, SC - PONTO DE REFERENCIA:
RETENÇÕES NA VENDA PARA DEBITO: 04/11/2024 02:42:19; CNPJ: 82.900.713/0001-70; RPA: 007035;
MERCADORIA EX CESTA BÁSICA - VALOR UNITÁRIO R\$ 27,60 DO VALOR D DO ICM'S-SC

Pague via Pix
Escaneie o QR code com a câmera do seu aparelho

RESERVADO AO FISCO



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 03/12/2024 16:18:58

Boletos

Solicitante: SEBASTIAO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: ITAU UNIBANCO S A
Razão Social do Beneficiário: SOMA/SC PROD HOSPIT LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: SOMA/SC PROD HOSPIT LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 05.531.725/0001-20
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONC
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2529305498
Código de Barras: 34191123829161814624433995050003299140000073700
Data de Vencimento: 26/11/2024
Data da Transação: 20/11/2024
Hora da Transação: 15:19
Data do Pagamento: 20/11/2024
Valor do Título (R\$): 737,00
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor de Juros/Mora (R\$): 2,21
Valor de Multa (R\$): 14,74
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 753,95
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 03CF.B2F6.F0FD.1180.9E71.7D5E.2CB8.B5EC

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525



Itaú Unibanco S.A.

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

Vencimento	Valor do Documento
28/11/2024	737,00
PAGADOR	
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	
BENEFICIÁRIO	
SOMA/SC PROD HOSPIT LTDA	
Endereço Beneficiário	
AV GENTIL REINALDO CORDIOLI 391	
JARDIM ELDOBRADO PALHOÇA SC 08135-500	
Agência / Código Beneficiário	Nosso Número
6243/39950-5	112/38916181-4
Nº do Documento	CNPJ
326024-A	05.531.725/0001-20

Seu boleto venceu?

Acesse itau.com.br/boletos e pague com comodidade nos canais eletrônicos ou em qualquer banco.



Itaú Unibanco S.A.

341-7

34191.12382 91618.146244 33995.050003 2 99140000073700

Local de Pagamento					Vencimento
EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					28/11/2024
APOS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAU					
BENEFICIÁRIO			CNPJ		Agência / Código Beneficiário
SOMA/SC PROD HOSPIT LTDA			05.531.725/0001-20		6243/39950-5
Data do Documento	Nº do Documento	Especie Doc.	Acerte	Data do Processamento	Nosso Número
01/11/2024	326024-A	DM	N	02/11/2024	112/38916181-4
Use do Banc.	Carteira	Especie	Quantidade	Valor	(a) Valor a Pagar/Debitado
	112	R\$			737,00
Instruções de responsabilidade do Boleto: CUIDADO, qualquer cópia sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO					(-) Desconto / Abatimento
APOS O VENCIMENTO CHEGAR MORA DE R\$ 2,27 NO DIA					
APOS 28/11/2024 MULTA DE 14,74					
PROTESTAR APOS OS DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO					
COBRANCA ESCRITURAL.					(+) Juros / Multa
APOS VENCIMENTO ACESSAR WWW.ITAU.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR SEU BOLETO					(a) Valor Cobrado
PAGADOR					CNPJ/CPF- B6531803000198
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO					
AV. PRESIDENTE VARGAS, S/N					
88840-000 PALHOÇA/SC					
Beneficiário Rua					Código de Barra



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Se você é nosso cliente, cadastre-se no DDA Itaú e pague estes boletos com facilidade através do Itaú 24 horas na Internet.

Com o DDA Itaú, você passa a receber seus boletos* eletronicamente e ainda:

- Receber o boleto eletronicamente através por celular e e-mail.
- Receber o boleto eletrônico automaticamente de algum boleto até um valor pré-definido.
- Realizar o pagamento dos boletos por meio de pagamentos.
- Ganhe mais facilidade e controle em seus pagamentos. Cadastre-se agora no DDA Itaú: www.itau.com.br
- *Segunda e mais boletos registrados pelo emissor (Beneficiário). Este serviço está disponível somente para boletos Itaú e está isento de cobrança de tarifas por tempo indeterminado.

Se você ainda não é cliente, abra já a sua conta e aproveite toda a conveniência do Itaú.



Recebemos de	SOMA/SC PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	os produtos da nota fiscal/duplicata indicada ao lado	NF-e
Data do Recebimento	Identificação e assinatura do recebedor		No. 326024
			Serie 1



DANFE
Documento Auxiliar de
Nota Fiscal Eletrônica



Chave de Acesso
4224.1005.5317.2500.0120.5500.1000.3260.2410 0568.4176
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

SOMA/SC PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Av. Guntil Reinhold Cordeiro, 201 - Jardim Eldorado
88.133-500 - Palhoça - SC - Fone/Fax: (47) 3344-1329
CNPJ: 05.531.725/0001-20 - Insc. Est.: 254.582.702

1-Saída 1
Entrada
No. 326024
Série 1

Natureza de Operação	Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	Protocolo de autorização de uso	242240228231167
Inscrição Estadual	254.582.702	Inscr. Especial do subst. Tribut.	
		CNPJ	05.531.725/0001-20

DESTINATÁRIO / BENEFICIÁRIO		CNPJ / CPF	86.931.803/0001-98	Data Emissão	31/10/2024
Razão Social		HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO		Data de Entrada / Saída	
Endereço		Bairro / Distrito	CENTRO	Bora de Entrada / Saída	
Município		UF	SC		
URUSSANGA		Inscrição Estadual	88.840-000		

ATURA/DUPLICATA	326024-A	28/11/2024	737,00
-----------------	----------	------------	--------

DADOS DO PEDIDO	Número	416388	DADOS BANCÁRIOS	Boleto Bancario	Banco Itaú S/A Agência 443 CNPJ: 19950000
-----------------	--------	--------	-----------------	-----------------	---

CÁLCULO DO ICMS	Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS Substituição	Valor Total dos Produtos	737,00
Valor do Frete	0,00	Valor Total da Nota	737,00	

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS	Razão Social	MULTISCV TRANSPORTES EIRELI	CNPJ / CPF	04.169.737/0001-93
Endereço	ROD BR 287 KM 376,4	UF	SC	Inscrição Estadual
Quantidade / Volumens	3	Peso Bruto (Kg)	17,450	Cubagem Total
				17,4600,058

ENDEREÇO DE ENTREGA	Endereço	AV. PRESIDENTE VARGAS	UF	SC
Município	URUSSANGA	Inscrição Estadual	88.840-000	

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-E	CFOP	Ud	Qtd	Vlr Unitário	Vlr Total	BC ICMS	Vlr ICMS	Vr IPI	IPI	ICMS
127343	CIPROFLOXACINO 200MG/100ML (2x60ML) BOLSAS GERICAS HALEX (SERVICO)	30090669	5102	BLS	60,000	7,50000	450,00	450,00	76,50	0,00	0,00	17,00
	Letra: 4060092 - 05/09/2019 - Rev. 07/05/2024 Cod. Fab.: 40000902 - Reg. MS: 1331-01206124 EAN13: 789556170158											
127195	METKON (SERVICO) HALEX (SERVICO)	40600905	5102	BLS	287,000	4,10000	287,00	287,00	48,79	0,00	0,00	17,00
	Letra: 4070043 - 07/07/2019 - Rev. 03/07/2024 Cod. Fab.: 40000414 - Reg. MS: 1031101540022 EAN13: 789556170158											

Informações Complementares	Decretos:	
Obs. Fiscal:	Aliquota 0% de IIS e COFINS c/c. artigo 1º, inciso III, do artigo 140, inciso I, da Lei nº 10.167/2001	
	Produtos farmacêuticos Para. 1º do art 21 e 24 - 26.115-4/12 cont. Missão com a lei 10.167	
	<p>DECLAMAÇÃO que o (MATERIAL) constante deste documento foi PRESTADO e RECEBIDO aceito</p> <p>RECLAMANTES POR FALTA DE VARIÁVEL DE MERCADORIA SERÁ DE RESPONSABILIDADE DO RECLAMANTE</p> <p>ACEITAS APENAS EM FRENTE OU VISTA DO CTP</p> <p>31/10/2024</p> <p>Gebriel Fernando</p> <p>Hosp. Nossa Senhora da Conceição</p>	



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 03/12/2024 16:18:57

Boletos

Solicitante: SEBASTIAO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: ITAU UNIBANCO S A
Razão Social do Beneficiário: SUPERGASBRAS ENERGIA LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: SUPERGASBRAS ENERGIA LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 19.791.896/0002-83
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONC
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Controle: 2529305506
Código de Barras: 34191290163163272293582472990009799130000144606
Data de Vencimento: 27/11/2024
Data da Transação: 29/11/2024
Hora da Transação: 15:19
Data do Pagamento: 29/11/2024
Valor do Título (R\$): 1.446,06
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor de Juros/Mora (R\$): 0,00
Valor da Multa (R\$): 0,00
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 1.446,06
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 5957.D800.62CE.F516.D431.D1FA.D6B3.C329

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digite dos são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525



341-7

Recibo de Entrega

Cedente SUPERGASBRAS ENERGIA LTDA CNPJ - 19.791.896/0002-83			Agência/Código do Cedente 2938/24729-9	
Sacado HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO CNPJ - 86.531.803/0001-98			Nosso Numero 109/01316327-2	
Vencimento 27/11/2024	Nº do Documento 000010493-005	Espécie Doc.	Valor do Documento 1.446,06	
Atesto o recebimento do título acima		Assinatura	Data da Entrega	Entregador



341-7

34191.09016 31632.722935 82472.990009 7 99130000144606

Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ					Vencimento 27/11/2024
Cedente SUPERGASBRAS ENERGIA LTDA RUA PRIMAVERA, 2710 92200-300 CANAAS RS VILA RIO BRANCO CNPJ - 19.791.896/0002-83					Agência/Código do Beneficiário 2938/24729-9
Data do Documento 13/11/2024	Número do Documento 000010493-005	Espécie documento	Acerte N	Data do Processamento 25/11/2024	Nosso Número 109/01316327-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie RS	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento 1.446,06
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Caso não houver título em este boleto, contate o beneficiário)					(-)Desconto/Abatimento
APÓS VENCIMENTO MORA DIÁRIA R\$ 1,45 A PARTIR DE 05 DIAS VENCIDO MORA DIÁRIA R\$ 28,92 APÓS 10 DIAS VENCIDO, SERÁ ENVIADO PARA CARTÓRIO					(-)Mora/Multa
					(-)Valor Cobrado

Pagador:
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO Cód. Cliente: 3555967 CNPJ - 86.531.803/0001-98
AV PRESIDENTE VARGAS CENTRO
88840-000 BRUSUMINGA SC

Sacador/Avulso:

Autenticação Mecânica - Recibo do Sacado



341-7

34191.09016 31632.722935 82472.990009 7 99130000144606

Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ					Vencimento 27/11/2024
Cedente SUPERGASBRAS ENERGIA LTDA CNPJ - 19.791.896/0002-83					Agência/Código do Beneficiário 2938/24729-9
Data do Documento 13/11/2024	Número do Documento 000010493-005	Espécie documento	Acerte N	Data do Processamento 25/11/2024	Nosso Número 109/01316327-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie RS	Quantidade	Valor	(=)Valor do Documento 1.446,06
Instruções (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)					(-)Desconto/Abatimento
APÓS VENCIMENTO MORA DIÁRIA R\$ 1,45 À PARTIR DE 05 DIAS VENCIDO MORA DIÁRIA R\$ 28,92 APÓS 10 DIAS VENCIDO, SERÁ ENVIADO PARA CARTÓRIO					(-)Mora/Multa
					(-)Valor Cobrado

www.supergasbras.com.br

Pagador:
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO Cód. Cliente: 3555967 CNPJ - 86.531.803/0001-98
AV PRESIDENTE VARGAS CENTRO
88840-000 BRUSUMINGA SC

Sacador/Avulso:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Identificação do Remetente

UPERGAS S.A.
SUPERGRUPPO SANEAMENTO S.A.
RUA DIGNO AVELAR, 1713-
VILA PIRACANGA
CASA 1000
CEP: 13127-000

CAIXA DE FRETE EM FAVOR DO REMETENTE 3600 3131
DEM: 50.000,00/IBR: 80170-3440

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 00010493 PL 1/1
SÉRIE 005



CHAVE DE ACESSO

4324 1119 7918 9601 1803 5500 5000 0104 9310 4378 6539

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

243240192758815 13.11.2024 09:28:04

TIPO DE OPERAÇÃO

NOTA DE COMBUST. OU LUBR. DE PRIMEIRA VENDA

REGIÃO ESTADUAL
10360800

IND. EST. SUBS. TRIBUTARIO
1005 24012

CNPJ

19.791.896/0118-03

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Razão Social
3555967-HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

CNPJ/CPF
36.531.803/0001-28

Data de Emissão
13/11/2024

Município
7 - PRESIDENTE DUTRA

Bairro/Distrito
CENTRO

CEP
88840-000

Data de Saída Entrada
13/11/2024

Município
USSANGA

Inscrição
3844411311

UF
SC

Inscrição Estadual
ISENTO

Data de Saída
09/07/24

TABELA DE DUPLICATA

Table with columns: FATURA/DUPLICATA, VENCIMENTO, VALOR, FATURA/DUPLICATA, VENCIMENTO, VALOR. Row 1: 040608058-001, 24/11/2024, 1.446,06

CALCULO DO IMPOSTO

Table with columns: VALOR DO FRETE, VALOR DO DESCONTO, VALOR DO DESPESA, VALOR DO IPTU, VALOR TOTAL DA NOTA. Values: 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 1.446,06

TRANSPORTADOR, VOLUME E PESO

Table with columns: RAZÃO SOCIAL, RAZÃO SOCIAL, FRETE POR QUANTIDADE, CODIGO ANTT, PLACA, UF, CNPJ, QUANTIDADE, ESPECIE, MARCA, NUMERAÇÃO, PESO BRUTO, PESO LIQUIDO. Values: metefente/Etalcraft, 1 - 2000, 3, 1000, 130 KG, 130 KG

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

Table with columns: COD, DESCRICAO DE BENS E SERVIÇOS, NCM/SH, CST, CFOP, UN, QUANTIDADE, VALOR UNITARIO, VALOR TOTAL, B. CALCULICOS, VALOR ICMS, VALOR IPTU, ALIQUOTAS. Row 1: 99, GLP GRANEL VENDA S/C, 24030000, 00, 5000, 1446,06, 1446,06, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00

CERTIFICO que este documento foi RECEBIDO em Hospital Nossa Senhora da Conceição

CALCULO DO ISSQN

Table with columns: VALOR DO ISSQN, BASE DE CALCULO ISS, VALOR DO ISSQN. Values: 0,00, 0,00, 0,00

FORMACAO COMPLEMENTAR

ISS MONOFASICO SOBRE COMBUSTIVEIS... OPERACOES DE TRANSPORTE... VALOR DO ICMS sujeito a tributação... 12,00% % GLP 1,96; 69,11% GLP

RECEBIMTO AO FIM DO

em 13/11/2024

Comprovante de Pagamento PIX



NF 11117 11514

Valor: R\$ 4.857,41

Realizado em: 29/11/2024 - 15:26:58

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: LS REPRESENTACAO COMERCIAL

CNPJ do destinatário: 27.689.196/0001-20

Instituição do destinatário: CC LITORÂNEA

Agência e conta do destinatário: 3070 / 49005-9

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379E24220241129182214ulz68lqOw

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.9182.214u.lz68.lqOw

Número de Controle: 11569408189

Emitido em: 03/12/2024 - 16:21:02

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19



756-0

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 IÇARA SC 88820000					Motivos não entrega. Uso empresa entregadora <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não existe n. indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2					Assinatura	
Nosso Número 0016314-0	Nr do Documento 11117/2	Data Vencimento 18/10/2024	(=) Valor Documento 2.311,47	Data Recebimento Boleto	Assinatura	Data Recusa Assinatura
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP 170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531603000198 AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA SC 88840000 Beneficiário (Final)					Data Processamento 06/09/2024	
Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO SICOOB						

Corte na linha pontilhada



756-0

75691.30706 01073.348201 01631.400023 5 98730000231147

Rcípio do Pagador

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 IÇARA SC 88820000					
Nosso Número 0016314-0	Nr do Documento 11117/2	Data Vencimento 18/10/2024	Data Processamento 06/09/2024	(=) Valor Documento 2.311,47	(=) Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP 170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531603000198 AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA SC 88840000 Beneficiário (Final)					
Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2			Autenticação Mecânica		

Corte na linha pontilhada



756-0

75691.30706 01073.348201 01631.400023 5 98730000231147

Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO SICOOB					Data Vencimento 18/10/2024	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO COM. LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 IÇARA SC 88820000					Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2	
Data de Out. Boleto 06/09/2024	Nr do Documento 11117/2	Especie DOC CHRI	Acénte Não	Data Processamento 06/09/2024	Nosso Número 0016314-0	
Uso do Boleto Pagável	Quantidade	Especie	Quantidade	x Valor	(=) Valor Documentic 2.311,47	
Informações de responsabilidades do Beneficiário PASSIVEL DE PROTESTO APÓS 7 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO Cobrar juros de R\$ 10,00 e multa de R\$ 2,00 para pagamento a partir de 19/10/2024. Cobrar multa de R\$ 10,00 para pagamento a partir de 15/11/2024.					(-) Desconto/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(=) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP 170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531603000198 AV PRESIDENTE VARGAS 440 MATRIZ CENTRO URUSSANGA - SC 88840000 Beneficiário (Final)						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Desenvolvido por: Zonati - Sistema de Crédito

SICOOB

756-0

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CPF Beneficiário		ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA		27.669.198/0001-30		RODOVIA JORGE ZANATTA - 199		IÇARA SC 88220-000		Agência / Código do Beneficiário		5070/73348-2		Motivos não entrega. Uso empresa entregadora	
Nosso Número		Data Vencimento		(-) Valor Documento		Data Recebimento Boleto		Assinatura		Data Recusa		Assinatura		<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não existe n. Indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
0016764-5		01/11/2024		1.272,97											
Nome do Pagador/CPF Pagador - Cidade/UF/CEP															
170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531800000198															
AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA SC 88840000															
Beneficiário Final:															
Local de Pagamento										Data Processamento					
PAGAVEL PREFERENCIAL SEM FOMAS AGENCIAS DO SICOOB										20/09/2024					

Corte na linha pontilhada

Rubrica do Pagador

SICOOB

756-0

75691.30706 01073.348201 01676.450024 6 98870000127297

Nome do Beneficiário/CPF Beneficiário		ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA		27.669.198/0001-30		RODOVIA JORGE ZANATTA - 199		IÇARA SC 88220-000		Agência / Código do Beneficiário		5070/73348-2		Motivos não entrega. Uso empresa entregadora	
Nosso Número		Data Vencimento		Data Processamento		(-) Valor Documento		(-) Valor Pago							
0016764-5		01/11/2024		20/09/2024		1.272,97									
Nome do Pagador/CPF Pagador - Cidade/UF/CEP															
170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531800000198															
AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA SC 88840000															
Beneficiário Final:															
Assinatura do Beneficiário										Assinatura Mecânica					

Corte na linha pontilhada

SICOOB

756-0

75691.30706 01073.348201 01676.450024 6 98870000127297

Local de Pagamento		PAGAVEL PREFERENCIAL SEM FOMAS AGENCIAS DO SICOOB		Data Vencimento		01/11/2024	
Nome do Beneficiário/CPF Beneficiário		ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA		Agência / Código do Beneficiário		5070/73348-2	
Data do Documento		20/09/2024		Nosso Número		0016764-5	
Uso do Boleto		Cobrança		Especie		Quantidade	
Informações de responsabilidade do beneficiário		PASSIVEL DE PROTEÇÃO DE DADOS CORRIDOS DO VENCIMENTO		(-) Desconto/Abatimento			
Cobrança de multa de 2% sobre o valor devido a partir de 02/11/2024.		Cobrar multa de 2% sobre o valor devido a partir de 02/11/2024.		(+ Juros/Multa			
				(-) Valor Pago			
Nome do Pagador/CPF Pagador - Cidade/UF/CEP		170 - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO 86531800000198		AV PRESIDENTE VARGAS MATRIZ CENTRO URUSSANGA - SC 88840000		Beneficiário Final:	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 ICARA SC 96320000				Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2		Motivos não entrega. Uso empresa entregadora <input type="checkbox"/> Indevida <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não existe n. indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
Nosso Número	Nº do Documento	Data Vencimento	(=) Valor Documento	Data Recebimento Boleto	Assinatura	Data Recusa	Assinatura
0016763-8	151287	15/11/2024	1.272,97				
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 AV PRESIDENTE VARGAS 1495 - CENTRO BRUSSELA - ICARA SC 96320000 Beneficiário Final						Data Processamento 20/09/2024	
Local de Pagamento PAGAMENTO EM LOJA - ICARA SC							

Corte na linha pontilhada

Faixa do Pagador

75691.30706 01073.348201 01676.380031 1 99010000127297

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 ICARA SC 96320000				Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2		Motivos não entrega. Uso empresa entregadora <input type="checkbox"/> Indevida <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não existe n. indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)	
Nosso Número	Nº do Documento	Data Vencimento	Data Processamento	(=) Valor Documento	(=) Valor Pago		
0016763-8	151287	15/11/2024	20/09/2024	1.272,97			
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 AV PRESIDENTE VARGAS 1495 - CENTRO BRUSSELA - ICARA SC 96320000 Beneficiário Final						Autenticação Mecânica	

Corte na linha pontilhada

Local de Pagamento PAGAMENTO EM LOJA - ICARA SC				Data Vencimento 15/11/2024			
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 ICARA SC 96320000				Agência / Código do Beneficiário 3070/73348-2			
Nosso Número 0016763-8		Nº do Documento 151287		Data Processamento 20/09/2024		(=) Valor Documento 1.272,97	
(-) Desconto/Abatimento		(+) Juros/Multa		(=) Valor Pago			
Informações da Estrutura de Pagamento PASSIVO DE PROVEDOR POR DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO Cobrança em nome de ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA - 15/11/2024. Cobrança em nome de ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA - 15/11/2024.							
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ) ZOE COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA 27.689.196/0001-20 RODOVIA JORGE ZANATTA - 299 AV PRESIDENTE VARGAS 1495 - CENTRO BRUSSELA - ICARA SC 96320000 Beneficiário Final				Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação			





Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



ENTRADA 1 SAÍDA 1
 Nº. 000.011.514
 Série 001
 Clona 12

CHAVE DE ACESSO

4224 0927 6891 9600 0120 5500 1000 0115 1414 6488 4252

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

24224612280062 - 20/09/2024 14:34:28

ESTADO DE MATO GROSSO

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA

27.589.186/0101-30

DESTINATÁRIO

CNPJ / CPF

86.531.803/0001-98

DATA DA EMISSÃO

20/09/2024

HOSPITAL CUSSANGA SAO PAULO - MATO GROSSO

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CNPIS

88840-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

20/09/2024

AV PRESIDENTE VARGAS, 090 - MATRIZ

TEL. TELEFONE / FAX

180 483441913

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

14:34:27

URUSSANGA

FATURA / DATA

Núm.	Qtd	Núm.	Qtd	Venc.	Venc.
18/09/2024		01/11/2024		15/11/2024	
Valor	RS 1.272,80	Valor	RS 1.272,80	Valor	RS 1.272,80

CÁLCULO DO IPI

CÁLCULO DO IPI	VALOR DO IPI	VALOR DO ICMS	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	VALOR DO IPI	VALOR DO ICMS	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					0,00	47,57	0,00	0,00	3.818,90
					0,00	219,12	0,00	0,00	3.818,90

TRANSPORTE

QUANTIDADE	UNIDADE	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
43,00				

DADOS DE DETALHAMENTO

CÓDIGO FISCAL	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QUANT	UNID	UF	IMP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	ICMS	ICMS	ALIQ	ICMS
3013	41 CACA, 100g, 200g, 300g, 400g, 500g, 600g, 700g, 800g, 900g, 1kg, 2kg, 3kg, 4kg, 5kg, 6kg, 7kg, 8kg, 9kg, 10kg, 15kg, 20kg, 25kg, 30kg, 35kg, 40kg, 45kg, 50kg, 55kg, 60kg, 65kg, 70kg, 75kg, 80kg, 85kg, 90kg, 95kg, 100kg, 100g, 200g, 300g, 400g, 500g, 600g, 700g, 800g, 900g, 1kg, 2kg, 3kg, 4kg, 5kg, 6kg, 7kg, 8kg, 9kg, 10kg, 15kg, 20kg, 25kg, 30kg, 35kg, 40kg, 45kg, 50kg, 55kg, 60kg, 65kg, 70kg, 75kg, 80kg, 85kg, 90kg, 95kg, 100kg	20,21	UN	MT	5107	UN	6,0000	24,00	144,00	144,00	24,48	17,000	0
3285	BRANCA	10,0000	UN	MT	5102	UN	10,0000	2,51	25,10	25,10	4,27	17,000	0
4239	BRANCO	5,0000	UN	MT	5102	CX	5,0000	69,00	345,00	345,00	59,65	17,000	0
3486	BRANCO	1,0000	UN	MT	5102	UN	1,0000	38,51	38,51	38,51	6,55	17,000	0
3504	BRANCO	1,0000	UN	MT	5102	CX	1,0000	170,80	170,80	170,80	29,04	17,000	0
3594	BRANCO	4,0000	UN	MT	5102	CX	4,0000	120,07	520,28	520,28	88,45	17,000	0
3606	BRANCO	2,0000	UN	MT	5102	PCT	2,0000	113,90	227,80	227,80	38,73	17,000	0
3711	BRANCO	2,0000	UN	MT	5102	PCT	2,0000	43,46	86,92	86,92	14,78	17,000	0
3816	BRANCO	1,0000	UN	MT	5102	PCT	1,0000	55,88	55,88	55,88	9,50	17,000	0
3735	BRANCO	1,0000	UN	MT	5102	UN	1,0000	526,00	526,00	526,00	91,12	17,000	0
3747	BRANCO	1,0000	UN	MT	5102	UN	1,0000	116,29	116,29	116,29	19,77	17,000	0

DADOS ADICIONAIS

RESERVADO AL FISCOS

Inf. Contábil: 0104/2024 - 01/11/2024 - 15/11/2024
 Fonte: IBPT/SECOR/SIC (SIC) - 01/11/2024 - 15/11/2024 - contato@hospitalcussanga.com.br



EMPRESA DE SERVIÇOS DE TI DA
ZOE SISTEMAS DE GESTÃO S/A
RUA... Nº...
Cidade... Estado...

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.011.514
Série 001
Folha 1/2



CHAVE DE ACESSO

4224 0927 6891 9600 6120 5500 1000 0115 1414 6488 4252

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

242240172280062 - 20/09/2024 14:34:28

ATIVIDADE DA OPERAÇÃO

VENDA ESTADUAL

ESTADO ESTADUAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE IMPOSTO TRIBUT.

CNPJ

01.000.000/0001-01

20182-444

CODIGO PRODOTO	DESCRICAO DO PRODUTO/SERVICO	UNID.IMP	QUANT	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS
3755	TELEFONIA... (Descrição legível)	34029000	600	5102	UN	1,0000	574,88	574,88	574,88	97,73	17,0000
3759	TELEFONIA... (Descrição legível)	34029000	600	5102	UN	1,0000	644,80	644,80	644,80	109,62	17,0000
3762	TELEFONIA... (Descrição legível)	34029000	600	5102	UN	1,0000	193,14	193,14	193,14	13,70	17,0000

Este documento é uma cópia autêntica
emitida pelo sistema de emissão de NF-e
em conformidade com o disposto no art. 1º
da Lei nº 10.522/2002 e no art. 1º
da Lei nº 11.737/2008.



Associado: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
Cooperativa: 2604

Conta Corrente: 32912-9

Impresso em 03/12/2024 16:18:59

Boletos

Solicitante: SEBASTIAO
Cooperativa Origem: 2604
Conta Origem: 32912-9
CPF/CNPJ do Pagador Efetivo: 86.531.803/0001-98
Instituição Emissora: BANCO SICCOOB S.A
Razão Social do Beneficiário: URUGRAF GRAFICA E EDITORA LTDA
Nome Fantasia do Beneficiário: URUGRAF GRAFICA E EDITORA LTDA
CPF/CNPJ do Beneficiário: 04.514.052/0001-37
Nome do Pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ do Pagador: 86.531.803/0001-98
Número de Cheque: 2029305071
Código de Barras: 76691307480102343540500442350013199150000027000
Data de Vencimento: 29/11/2024
Data da Transação: 29/11/2024
Hora da Transação: 15:19
Data do Pagamento: 29/11/2024
Valor do Título (R\$): 270,00
Valor do Desconto (R\$): 0,00
Valor de Juros/Mora (R\$): 0,00
Valor da Multa (R\$): 0,00
Valor do Abatimento (R\$): 0,00
Valor Pago (R\$): 270,00
Descrição do Pagamento:
Autenticação Eletrônica: 858C.5631.E456.0798.C370.9A64.82CB.5E40

* A transação acima foi realizada via Internet Banking Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

* Os pagamentos realizados aos sábados, domingos e feriados serão processados com a data contábil do próximo dia útil.

* Em caso de agendamento, a efetivação da transação ocorrerá mediante disponibilidade de limite, saldo e demais requisitos do serviço. Acompanhe sua conta e sempre confira a execução dos agendamentos na data programada.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 - Ouvidoria 0800 646 2519
Atendimento às pessoas com deficiência auditiva ou de fala 0800 724 0525

SICOOB | 756-0 |

Recibo Pagador

Vencimento	29/11/2024	Agência/Código do Beneficiário	3074/023435-	Número do Documento	2902-2	Nosso Número	0004423-5
Valor do Documento	270,00	(-) Deducíveis		(+) Acrescimos		(=) Valor Cobrado	270,00

Receptor: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CNPJ 03.521.803/0001-98
Avenida Presidente Vargas, 540 - Centro - RS: 910-000 Urussanga - SC

Sacador/Avalista:

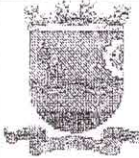
Beneficiário: Urugraf - Gráfica e Editora LTDA - CNPJ 04.514.052/0001-37
Rua Prefeito Américo Cadorní, 113, Centro - Urussanga - SC

SICOOB | 756-0 | 75691.30748 01023.435405 00442.3500 (3 1 99150) 00027000

Local de Pagamento	Pagar pelo beneficiário em Urussanga			Vencimento	29/11/2024
Beneficiário	Urugraf - Gráfica e Editora LTDA			Agência/Código do Beneficiário	3074/023435-4
Endereço do Beneficiário	Rua Prefeito Américo Cadorní, 113, Centro - Urussanga - SC			Nosso Número	0004423-5
CPF/CNPJ do Beneficiário	04514052000137			(=) Valor do Documento	270,00
Especie Doc	DM	Acerte	N	(-) Outras Deduções/Abatimentos	
Uso do Banco	1	Quantidade	1	(+) Mora/Multa/Juros	
Moeda	R\$	Valor	270,00	(+) Outros Acréscimos	
Instruções - Texto de Responsabilidade do Pagador	Não conceder desconto. Sujeito a protesto após 15 dias do vencimento. N.º 2685 Multa R\$5,40 / Juros R\$0,90 no dia.			(=) Valor Cobrado	270,00
Pagador	Hospital Nossa Senhora da Conceição - CNPJ 03.521.803/0001-98 Avenida Presidente Vargas, 540 - Centro - RS: 910-000 Urussanga - SC			Número do Documento	2902-2
Saque/Avalista				Data do Documento	29/11/2024
				Data do Processamento	30/11/2024

Autenticação Manual - FIC 1.0 - Compensação



 <p>MUNICÍPIO DE URUSSANGA - PREFEITURA SECRETARIA MUNICIPAL DA RECEITA Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços - NFS-e</p>	Número do RPS	Número da nota
	2718	2685
	Data da emissão da nota	
	30/10/2024 14:34:00	
Data do fato gerador		30/10/2024 00:00:00
Código de verificação		SEQYSDERS

PRESTADOR DE SERVIÇOS


Nome fantasia: URUGRAF
Nome/Razão social: URUGRAF - GRAFICA E EDITORA LTDA - ME
CPF/CNPJ: 04.614.052/0001-37 **Inscrição municipal:** 2854 **Inscrição estadual:**
Endereço: R PREFEITO AMERICO CADORIN Número: 113 Bairro: CENTRO CEP: 88840-000 **Telefone:** (48) 3465-1345
Complemento: **Celular:**
Município: Urussanga **UF:** SC
E-mail: compras.urugraf@outlook.com **Site:**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:
Nome/Razão social: Hospital Nossa Senhora da Conceição
CPF/CNPJ: 06.531.809/0001-98 **Inscrição municipal:** **Inscrição estadual:** 250160013
Endereço: Presidente Vargas Número: 649 Bairro: Centro CEP: 88840-000
Complemento:
Município: Urussanga **UF:** SC
E-mail: **Telefone:** (48) 3441-1900 **Celular:**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
10 un - Bloco AVALIAÇÃO DE ALIQUOTAS - 21x29,7cm - 1x1x1 (Azul Rei) - Papel Offset 75g.	270,0000	1,0000	270,0000	270,00x3,45 =	9,32

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		A vista	270,00				

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\$ 270,00			Valor líquido = R\$ 270,00		

Códigos dos serviços:

13.05 - Composição gráfica, inclusive confecção de impressos gráficos, fotocomposição, clichêria, zincografia, litografia e fotolitografia, exceto se destinados a posterior criação ou comercialização ou industrialização, ainda que incorporados, de qualquer forma, e outra mercadoria que deva ser objeto de posterior criação, tais como bulas, rótulos, etiquetas, caixas, cartuchos, embalagens e manuais técnicos e de instrução, quando ficarão sujeitos ao ICMS.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	270,00	9,32

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município
 Situação tributária do ISSQN: Normal
 Local da prestação do serviço: Urussanga

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 2.545, de 11 de Julho de 2012
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 3,45%
 Situação desta NFS-e: Normal
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Nota Fiscal Eletrônica nº 2718 - 2685 - 04.614.052/0001-37 - 06.531.809/0001-98 - 250160013 - 148184305736400

Valor aproximado do Imposto Federal - R\$ 36,32 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 10,04 (3,72%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto nº 8.436/14 - Fonte: IDPT



Verificar autenticidade

CERTIFICADO que o **MATERIAL** constante neste documento foi **PRESTADO** e **RECEBIDO** em 31/10/24

Gabriel Fernando Figueiredo
 Responsável pela Nossa Senhora da Conceição

Comprovante de Pagamento PIX



NF 1387

Valor: R\$ 250,00

Realizado em: 29/11/2024 - 15:26:57

Solicitante: SEBASTIAO TURAZI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CALHAS URUSSANGA LTDA

CNPJ do destinatário: 23.847.085/0001-43

Instituição do destinatário: CCLA SUL CATARINENSE

Agência e conta do destinatário: 3074 / 38876-9

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241129182033sGBeiPWSr

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.9182.033s.GBei.PWSr

Número de Controle: 11569366701

Emitido em: 03/12/2024 - 16:20:44

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

Recebemos de CALHAS URUSSANGA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 31/10/2024 Dest/Rem: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO Valor Total: 250,00

NF-e
Nº 000.001.387
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

CALHAS URUSSANGA LTDA



RUA PROJETADA, 287 - DE VILLA -
URUSSANGA - SC - CEP: 88840-000
Fone: (48)3465-5406

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.001.387
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO
4224 1023 8470 8500 0143 5500 1000 0013 8718 7107 6679

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 PRODUCAO DE ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
242240233708468 05/11/2024 13:16:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL
257840915

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTARIO

CNPJ / CPF
23.847.085/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ / CPF
86.531.802/0001-98

DATA DA EMISSÃO
31/10/2024

ENDEREÇO
AVENIDA PRESIDENTE VARGAS, SN

BARRIO / DISTRITO
CENTRO

CEP
88840-000

DATA DA SAÍDA
01/11/2024

MUNICÍPIO
URUSSANGA

UF
SC

TELEFONE / FAX
(48)99800-4103

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
13:15:39

FATURA

DADOS DA FATURA Número: 1087 Valor Original: R\$ 250,00 Valor Desconto: R\$ 0,00 Valor Líquido: R\$ 250,00

DUPLICATAS

Número: 001
Vencimento: 31/10/2024
Valor: R\$ 250,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VIA PROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	11,50 (4,60 %)	250,00
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	250,00

TRANSPORTADOR / VEÍCULOS TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
	VOLUMES	CALHAS URU			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	OSN / CC	CFOP	UNID.	QTD.	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
100250	ACESSÓRIOS DE PNEUS SEM VENCIMENTO	33199900	0102	5101	UPI	1,00	250,00	0,00	250,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Empresa optante do Simples Nacional, não gera direito a crédito de IPI. Total Aprox. Tributos: R\$ 11,50

CERTIFICO que o MATERIAL constante

RESERVADO AO FISCO

deste documento foi RECEBIDO e aceito

Em 02/11/2024

Hospital Nossa Senhora da Conceição

Comprovante de Pagamento PIX



NF 32208

Valor: R\$ 4.474,09

Realizado em: 29/11/2024 - 17:21:36

Solicitante: AGOSTINHO VENDRAMINI

Cooperativa e conta origem: 2604/32912-9

Nome do destinatário: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA

CNPJ do destinatário: 12.731.480/0001-40

Instituição do destinatário: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - UNICRED CENTRO-SUL

Agência e conta do destinatário: 1405 / 114454-5

Nome do pagador: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ do pagador: 86.531.803/0001-98

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E0379324220241129201529CL5addPUB

Autenticação Eletrônica: E037.9324.2202.4112.9201.529C.L5ad.dPUB

Número de Controle: 11571002922

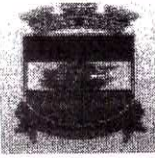

Emitido em: 29/11/2024 - 17:21:49

* A transação acima foi realizada no nosso Internet Banking conforme as condições especificadas neste comprovante.

* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)

SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota 32208					
	Data da emissão da nota 26/11/2024 12:45:13						
	Data do fato gerador 26/11/2024 12:45:13						
	Código de verificação LOICJBN06						
PRESTADOR DE SERVIÇOS							
Nome fantasia: Nome/Razão social: CLINICA DE IMAGEM E DIAGNOSTICO DO VALE LTDA CPF/CNPJ: 12.731.480/0001-40 Inscrição municipal: 2961 Endereço: R BERNARDO LOCKS Número: 246 Bairro: Centro CEP: 88750-000 Complemento: Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: Site:							
Inscrição estadual: Telefone: (48) 3658-4243 Celular:							
TOMADOR DE SERVIÇOS							
Nome fantasia: Nome/Razão social: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO CPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98 Inscrição municipal: CEP: 88840-000 Inscrição estadual: Complemento: Município: Urussanga UF: SC E-mail: Telefone: (48) 3441-1900 Celular:							
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS							
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS		
Referente ao encontro de contas de Outubro de 2024. .	4.767,2800	1,0000	4.767,2800	4.767,28x4,00 =	190,69		
Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		Apresent.	4.474,09				
RETENÇÕES FEDERAIS							
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções		
R\$ 30,99	R\$ 143,02	R\$ 0,00	R\$ 71,51	R\$ 47,67	R\$ 0,00		
Valor bruto = R\$ 4.767,28			Valor líquido = R\$ 4.474,09				
Códigos dos serviços:							
04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.							
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)			
0,00	0,00	0,00	4.767,28	190,69			
OUTRAS INFORMAÇÕES							
Natureza da operação: Tributação no município Situação tributária do ISSQN: Normal Local da prestação do serviço: Braço do Norte Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei Complementar Municipal nº 031/2005 Situação desta NFS-e: Normal Valor aproximado do tributo federal - R\$ 641,20 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 100,59 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT					 Verificar autenticidade		

**ACORDO DO TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE
SERVIDORES DE SAÚDE DE CRICIUMA E REGIÃO**

Av. Itália, 1.400 - Fone: (47) 3241-0000 - Caixa Postal 88811-040 - CRICIUMA - SC
 E-mail: contato@sindisaudecriciuma.org.br
 Site: www.sindisaudecriciuma.com.br

MENSALIDADE SOCIAL

Informamos que a partir de agora nossas boletins serão com cobrança registrada, caso contrário haverá a cobrança de protesto após 10 dias de atraso.

SRNE/EMPRESA: SINDICATO DE TRABALHADORES DE SAÚDE DE CRICIUMA E REGIÃO RUA DEBENEDICTINO, 1400 - CRICIUMA - FONE: 3241-0000 - CRICIUMA - SC		CNPJ: 83.595.421/0001-30	RECIBO DO PAGADOR	
DATA DO DOCUMENTO: 07/10/2024	NUMERO DO DOCUMENTO: 888005409	ESPECIE DO DOCUMENTO: 00	DATA DO PROCEDIMENTO: 07/10/2024	CARTEIRA: 1
INSTRUÇÕES (Texto de Referência): Prazo - Conforme cláusula 2º do acordo Ados Y encio e do acordo - 2024/2025		BENEFICIÁRIO (EMPRESA): REPRESENTANTE SETEMBRO DE 2024		(A) OUTRAS DEDUÇÕES/ABATIMENTO
AGÊNCIA: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		AGÊNCIA CÓDIGO BENEFICIÁRIO: 2604.02.04509
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		NÚMERO NÚMERO: 24.236477-0
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		(B) VALOR DO DOCUMENTO: 3.828,00
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		(C) VALOR COBRADO

DESTAQUE 101

749381 1 0001 00 877.028045 32845.981051 6 98700000362800

PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		CNPJ: 83.595.421/0001-30	RECIBO DO PAGADOR	
DATA DO DOCUMENTO: 07/10/2024	NUMERO DO DOCUMENTO: 888005409	ESPECIE DO DOCUMENTO: 00	DATA DO PROCEDIMENTO: 07/10/2024	CARTEIRA: 1
INSTRUÇÕES (Texto de Referência): Prazo - Conforme cláusula 2º do acordo Ados Y encio e do acordo - 2024/2025		BENEFICIÁRIO (EMPRESA): REPRESENTANTE SETEMBRO DE 2024		(A) OUTRAS DEDUÇÕES/ABATIMENTO
AGÊNCIA: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		AGÊNCIA CÓDIGO BENEFICIÁRIO: 2604.02.04509
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		NÚMERO NÚMERO: 24.236477-0
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		(B) VALOR DO DOCUMENTO: 3.828,00
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		(C) VALOR COBRADO
		PAGADOR: Hospital Nossa Senhora da Conceição - CRICIUMA - SC		(D) VALOR COBRADO

OPF/CNPJ: 86.531.803/0001-98

31-2-2024

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO

