

### Prestação de Contas - Completa

Transfêrencia: 00002/2024 - Termo de Colaboração	Prestação: 3 - Parcial
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	
Concedente: Fundo Municipal de Saúde de Grão-Pará	
Responsável: ***.763.349-** - Pedro Michels Neto (Presidente)	
Tesoureiro: ***.537.899-** - Renato Uliano Perin	
Situação: Em Montagem	
Observação:	

#### Parcelas

Empenho: 1287/2024 - 23/07/2024	Ordem: 1242/2024 - 25/07/2024	Valor: R\$19.792,52
Empenho: 1287/2024 - 23/07/2024	Ordem: 1242/2024 - 25/07/2024	Valor: R\$19.792,52

#### Ingressos



Tipo: Contrapartida	Data: 08/08/2024	Valor: R\$268,02
Histórico:		

#### Despesa 1

Processo Contratação: Não se aplica
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 26871115 - 14/05/2024
Favorecido: 82.873.068/0001-40 - Genesio A Mendes e Cia
Endereço:
Observação:

**Prestação de Contas - Completa**

Comprovante da despesa 1 - Página 1 de 2.

 GENESIO A MENDES E CIA LTDA RUA SAO LUIZ,127 - AEROPORTO TUBARAO - SC - 88705190 FONE: (51)3223-5113 - WWW.GAM.COM.BR TELEGRAM: 0800 979 6666 / 0800 48 6666 HOSPITALAR: 0800 643 6666 / 0800 708 6666		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA D-ENTRADA 1-SAIDA 1		226-3/100  CHAVE DE ACESSO 4224.0582.8730.6800.0140.5500.1024.8711.1519.9366.0384	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		CFOP 5102		CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou <a href="http://nfe.sef.sc.gov.br">nfe.sef.sc.gov.br</a>	
INSCR. ESTADUAL 250064111		INSCR. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIO CNPJ 82.873.068/0001-40		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240008056398 15/05/2024 03:56:58	
DESTINATÁRIO/REMIENTE NOME / RAZÃO SOCIAL 188/9 - ASSOC BENEF SANTA TERESINHA		CNPJ / CPF 86.437.845/0001-64		DATA DE EMISSÃO 14/05/2024	
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO CENTRO		CEP 88750000	
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		UF / FONE / FAX SC 4836586205		INSCR. ESTADUAL 250064111	
ENDEREÇO RUA SAO LUIZ		BAIRRO CENTRO		CEP 88750000	
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		UF / FONE / FAX SC 4836586205		INSCR. ESTADUAL 250064111	
FATURA NÚMERO 001 004		VENCIMENTO 13/06/2024 29/07/2024		VALOR 1043,00 1043,00	
FATURA NÚMERO 002 005		VENCIMENTO 28/06/2024 12/08/2024		VALOR 1043,00 1043,00	
FATURA NÚMERO 003 003		VENCIMENTO 15/07/2024		VALOR 1043,00	
CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO ICMS 139,00		VALOR ICMS 23,63		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5215,00	
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 5215,00	
TRANSPORTADOR RAZÃO SOCIAL GENESIO A MENDES E CIA LTDA		FRETE POR CONTA 0		CÓDIGO ANTT 0	
ENDEREÇO RUA SAO LUIZ		PLACA VEÍCULO/REBOQUE MET7474		UF / SC SC	
QUANTIDADE 1		MARCA CAIXAS		INSCR. ESTADUAL 250064111	
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO CÓD. PRODUTO 0015885		DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS CEFETAXONA EURO 1M 108 G (POS) DESC:08,608 PF:133,58. FABRICANTE:EUROFARMA FMC:46,42 IT:176588A VAL:01/09/2025		VALOR UNITÁRIO 13,90	
0342737		ACILLYSE SOB ENV SONG PA-DIL 50M (POS) DESC:7,00% PF:2729,00. FABRICANTE:ROBERINGER IT:306192 VAL:10/06/2026		VALOR TOTAL 5076,00	
0015885		CEFETAXONA EURO 1M 108 G (POS) DESC:08,608 PF:133,58. FABRICANTE:EUROFARMA FMC:46,42 IT:176588A VAL:01/09/2025		VALOR TOTAL 139,00	
0342737		ACILLYSE SOB ENV SONG PA-DIL 50M (POS) DESC:7,00% PF:2729,00. FABRICANTE:ROBERINGER IT:306192 VAL:10/06/2026		VALOR TOTAL 5076,00	
0015885		CEFETAXONA EURO 1M 108 G (POS) DESC:08,608 PF:133,58. FABRICANTE:EUROFARMA FMC:46,42 IT:176588A VAL:01/09/2025		VALOR TOTAL 139,00	
0342737		ACILLYSE SOB ENV SONG PA-DIL 50M (POS) DESC:7,00% PF:2729,00. FABRICANTE:ROBERINGER IT:306192 VAL:10/06/2026		VALOR TOTAL 5076,00	
0015885		CEFETAXONA EURO 1M 108 G (POS) DESC:08,608 PF:133,58. FABRICANTE:EUROFARMA FMC:46,42 IT:176588A VAL:01/09/2025		VALOR TOTAL 139,00	
0342737		ACILLYSE SOB ENV SONG PA-DIL 50M (POS) DESC:7,00% PF:2729,00. FABRICANTE:ROBERINGER IT:306192 VAL:10/06/2026		VALOR TOTAL 5076,00	
DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO			
* TRANSPORTE EM: SANTA ROSA DE LIMA - SC PARA CNPJ 02.188.864/0001-04 / TRANSPILAGI TRANSPORTES LTDA PLACA: MHT7483 MIX9971, MIB9505, MIB6632, OKS0512, QRS4977, QRS4790, QIL0671, QINB375, QIP4751, QJW6984. PED.FORNECEDOR OC 48466 TRANSMISSAO JANINE CAS 483316. B.C. COM DED.DO PIS COFINS CONV. ICMS 34 2006. POS 5215 NEG NEU. FIGUE ATENTO PARA A VALIDADE DO ALVARA. REGULARIZE POR EMAIL, ALVARABOM.COM.BR. CERTIFICADOS EMPRESA AFE 1048619 AE 1209050 VISA 66/P CERTIFICADO CLIENTE AFE 0		LANCADO LANCADO LANCADO LANCADO			
* CONTRIBUINTE DISPENSADO DE EMITIR CONHECIMENTO DE TRANSPORTE RODOVIARIO(OU AQUAVIARIO OU FERROVIARIO) DE CARGAS OU CONHECIMENTO AEREO CONFORME O OFICIO NRO 02422113.		LANCADO LANCADO LANCADO LANCADO			
* DISPENSADO DA EMISSAO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS CFE. ART. 67 DO ANEXO 5 DO RICMS/SC ART. 67		LANCADO LANCADO LANCADO LANCADO			
* REDUCAO DE BC DO ICMS NOS TERMOS DOS ARTIGOS 90 E 91 DO ANEXO 2 DO RICMS/TTEN. 19500000667082.		LANCADO LANCADO LANCADO LANCADO			
* PRODUTO ISENTO DE ICMS - (CONV.140/01).		LANCADO LANCADO LANCADO LANCADO			
* RASTREABILIDADE, LICITUDE E AUTENTICIDADE, GARANTIA MEDIANTE DOC. FISCAL. ART.7, P. UNICO, RDC430-20-ANVISA.		LANCADO LANCADO LANCADO LANCADO			

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 1 - Página 2 de 2.

02/08/2024 13:55 Unicred - Internet Banking  
UNICRED CENTRO-SUL 13:54:54

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 221159 Usúário: FERN

Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 23793.47400 90006-226717

ID de Documento: 47000.094004.3 98060000104300

Instituição Emisora: 82.873.068/0001-40 - ECO BRABESCO S.A.

Beneficiário: GENESIO A MEUNES CIA LTDA

Nome Fictício: GENESIO A MEUNES CIA LTDA

Razão Social: GENESIO A MEUNES CIA LTDA

CNPJ/CPF: 82.873.068/0001-40

Sacador/Avalista

Razão Social:

CNPJ/CPF:

Pagador: AESSOC BENEF SANTA TERESINHA

Nome: AESSOC BENEF SANTA TERESINHA

CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final: 86.437.845/0001-64

CNPJ/CPF:

Data de Vencimento: 12/08/2024

Data de Pagamento: 02/08/2024

Valor Nominal: R\$ 1.000,00

Parceiros: R\$ 0,00

Debitos: R\$ 0,00

Valor Pago: R\$ 1.000,00

Autenticação Documento: 765797333624263010931134

Comprovado Unicred, utilize o Dhbito

Automático para pagamento de suas contas

Capital e Encargos: R\$ 1.000,00

Demais parcelas: R\$ 0,00

No exterior: R\$ 0,00

SAC 0800 647 2930

COVIDOREA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa


Itens da despesa 1		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.043,00	Valor Unit.: R\$ 1.043,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 1		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 1.043,00	Pagamento: 02/08/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

**Prestação de Contas - Completa**

**Despesa 2**

Processo Contratação: Não se aplica  
 Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
 Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 399819 - 08/06/2024  
 Favorecido: 44.734.671/0022-86 - Cristalia Produtos Quimicos Farmaceuticos Ltda  
 Endereço:  
 Observação:

Comprovante da despesa 2 - Página 1 de 2.

 CRISTALIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA RUA LUIZ DE MOURA, 111 JARDIM SÃO CARLOS, 13080-000 SÃO CARLOS, SC	DANCE Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica Nº: 000399819 SÉRIE: 10 POLAIA: 1/1	Nº DE ACESSO 35.2406.44.734.671/0022-86-55-010-000.399.819-175.589.072-8	URL DE ACESSO 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 135241213499026 08/06/2024 09:48:52	IDENTIFICADOR DO TERCETÁRIO TRIBUTÁRIO 258158280
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC BENEF SANTA TERESINHA (1000001767)		Nº DE EMISSÃO 08/06/2024	
ENDEREÇO R JACOB BATISTA ULIANO, 1370 BRACO DO NORTE		CEP 88750-000	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0154836582244		DATA DE ENTRADA EM USO 08/06/2024	
VENCIMENTO VALOR VENCIMENTO VALOR VENCIMENTO VALOR VENCIMENTO VALOR			
VALOR TOTAL DA META 645,00			
VALOR TOTAL DO IP 0,00			
VALOR TOTAL DO ISS 6,015			
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 6,015			
VALOR TOTAL DO ISSQN 0,00			
VALOR TOTAL DO BOM 0,00			
PRODUTO 700888 FOLHETO EM CARTA TPA, 100mg, 1000 P/ 100mg (1000) (1000) (1000)	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS Valter F. dos Anjos Farmacêutico CRM/SC 17475 Hospital Santa Teresinha	VALOR UNITÁRIO 6,015	QUANTIDADE 1,000
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 1. Este documento é emitido em nome de quem preencheu o formulário de solicitação de emissão de NF-e. 2. Este documento é emitido em nome de quem preencheu o formulário de solicitação de emissão de NF-e. 3. Este documento é emitido em nome de quem preencheu o formulário de solicitação de emissão de NF-e.			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCAL Nota Fiscal de Valor em R\$ 10,00 - Cont. Destrib. de 0,0000 - R\$ 10,00 - Nota Fiscal de Valor em R\$ 10,00 - Cont. Destrib. de 0,0000 - R\$ 10,00 - Nota Fiscal de Valor em R\$ 10,00 - Cont. Destrib. de 0,0000 - R\$ 10,00			
RESERVADO ADFISC ABF - Assoc. Beneficente Santa Teresinha Farmácia LANÇADO			

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 2 - Página 2 de 2.

07/08/2024, 16:47

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

07/08/2024 16:46:38  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 34191.09008 18973.352935  
80127.350009 4 98010000021498  
ID do Documento: 44.734.671/0001-51 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT  
Razão Social: CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT  
CNPJ/CPF: 44.734.671/0001-51

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOC BENEF SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 07/08/2024  
Data do Pagamento: 07/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 214,98  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 214,98  
-----

Autenticação Documento:  
460727437352722680109311537  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 2</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 214,98 Valor Unit.: R\$ 214,98 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 2</b>		
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 214,98	Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 3

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 34803 - 25/06/2024  
Favorecido: 31.673.254/0015-08 - Laboratórios B. Braun S.A.  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 3 - Página 1 de 3.

**B BRAUN** Laboratórios B. Braun S.A.  
R Bento Calvo, 535  
São Luis  
Canoas - RS  
FONE: 0800-022-7286 CEP: 92.420-000

**DANTE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 34803 1/ 1  
SÉRIE 0

4334 0631 6732 5480 1508 5500 0000 8348 0310 8577 5954  
Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: 09  
VENDEDOR: 31.673.254/0015-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 924034875  
CNPJ: 31.673.254/0015-08

DESTINATÁRIO/FIATENTE:  
NOME RAZÃO SOCIAL: Associação Beneficente Santa Teresinha  
ENDEREÇO: Rua Jacob Roberto Uliano, 1371  
MUNICÍPIO: Braço do Norte/RS  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 924034875

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA:  
NOME RAZÃO SOCIAL:  
ENDEREÇO:  
MUNICÍPIO:  
INSCRIÇÃO ESTADUAL:

YATURA:  
Duplicatas: Nº 001 Valor: R\$ 2.097,25 - Nº 002 Valor: R\$ 2.097,25 - Nº 003 Valor: R\$ 2.097,25 - Nº 004 Valor: R\$ 2.097,25

CALCULO DO IMPOSTO:  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 1.609,20  
VALOR DO ICMS: 193,10  
VALOR DO FRETE: 0,00  
VALOR DO SEGURO: 0,00  
DESCONTO: 0,00  
OUTRAS DESPESAS: 0,00  
VALOR TOTAL DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 1.609,20  
VALOR TOTAL DO IPI: 0,00  
VALOR TOTAL DA NOTA: 1.609,20

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS:  
PLACA DO VEÍCULO: UF: RS  
MUNICÍPIO: INSCRIÇÃO ESTADUAL: 924034875

DADOS DO PRODUTO:  
CÓDIGO: 447007  
DESCRIÇÃO DO PRODUTO: INTENSIVADOR DE VIBRAÇÃO  
CICLO: 6108  
LOTE: 3402781871  
NOMENCLATURA: 90100000  
EST: 500  
UNID: PC  
QTD: 60.000  
PESO: 76,2000  
V. UNITÁRIO: 1.609,20  
V. TOTAL: 1.609,20  
DESCONTO: 0,00  
ICMS: 1.609,20  
V. ICMS: 193,10  
V. IPI: 0,00  
ICMS IPI: 12,00  
0,00

SAÍDA DO BOM: 10002  
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: R\$ 1615,00  
BASE DE CÁLCULO DO IPI: VALOR DO BOM

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  
Dispensado de Inf. Vít. Preencha Impresc. Limite: 0004109 09 09 2013 E 17 2000 da Vara de  
Dano: 141E; Contato: 0800 022 7286; Entrega em: 24 06 2024 15:01:07:048 Documento legal  
Rua Jacob Roberto Uliano 1371 Hospital 88750 300 BRACO DO NORTE Santa Catarina SC - Saida  
Favorecido com Alguém: Sim (LBR 01 000005026; Retorno: 030701000) Vít. Part. ICMS Dest:  
89 46 Vít. Part. ICMS Orig: 0,00 (Contrato: )

Assinatura: *Renato Uliano*  
Data: 25/06/2024  
Assinatura: *Wilson Quielen Domingos*  
Data: 27/06/2024



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 3 - Página 2 de 3.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 34191.09222 24182.462937  
80351.570009 € 98030000053639  
ID do Documento: 31.673.254/0001-02 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: LABORATORIO B BRAUN  
Razão Social: LABORATORIO B BRAUN  
CNPJ/CPF: 31.673.254/0001-02

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 09/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 536,39  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 536,39

Autenticação Documento:  
766717435362422630109311532

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 3 - Página 3 de 3.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:55  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 34191.09222 24182.532937  
80351.570009 5 98180000053642  
ID do Documento: 31.673.254/0001-02 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: LABORATORIO B BRAUN  
Razão Social: LABORATORIO B BRAUN  
CNPJ/CPF: 31.673.254/0001-02

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 24/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 536,42  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 536,42

-----  
Autenticação Documento:  
664707335362422630109311534  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 3	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 536,42 Valor Unit.: R\$ 536,42 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 536,39 Valor Unit.: R\$ 536,39 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 3	
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 1.072,81 Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

**Prestação de Contas - Completa**

**Despesa 4**

Processo Contratação: Não se aplica  
 Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
 Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 801129 - 02/07/2024  
 Favorecido: 94.516.671/0001-53 - Cirurgica Santa Cruz Com Prod Hosp  
 Endereço:  
 Observação:

Comprovante da despesa 4 - Página 1 de 5.

<b>CIRURGICA SANTA CRUZ</b> CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP. RUA CORONEL OSCAR RAFAEL JOST Nº: 1555 CENTRO SANTA CRUZ DO SUL - RS Fone: (51)2107-9000 CEP: 96815-010		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA CHAVE DE ACESSO 4324 0784 5166 7100 0153 5500 2000 8011 2510 3460 7835	
MATÉRIA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros, dest		Nº: 801129 SÉRIE: 2 FL: 1/ 1	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 1080080187		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO   CNPJ 256161682   94.516.671/0001-53	
NOME/RAZÃO SOCIAL 1604 - ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64	
ENDEREÇO GOV. JACOB. BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO CENTRO	
MUNICÍPIO BRAÇO DO NORTE		UF SC	
FONE/FAX (48)3658-2445		CEP 88750-000	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 1240256016		HORA DE ENTRADA/SAÍDA 19:13	
VALOR DO ICMS 3.108,80		VALOR DO ICMS ST 373,06	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00	
VALOR DO DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS 0,00	
VALOR TOTAL DO FII 0,00		VALOR TOTAL DO ICMS ST 0,00	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.108,80		VALOR TOTAL DA NOTA 3.108,80	
NOME/RAZÃO SOCIAL EXPRESSO SÃO MIGUEL S/A		FRETE POR CONTA 0 - Contribuição do Frete por conta do Remetente (CF)	
ENDEREÇO RUA PELOTAS, 309		MUNICÍPIO SÃO LEOPOLDO	
QUANTIDADE 29 VOLUME(S)		MARCA	
Fatura duplicata		CÓDIGO ANTT 00	
NÚMERO DA FATURA 801129		FLACA DO VEÍCULO	
VALOR ORIGINAL 3.108,80		UF RS	
VALOR DE DESCONTO 0,00		CNPJ/CPF 00.428.307/0002-79	
VALOR LÍQUIDO 3.108,80		INSCRIÇÃO ESTADUAL 1240256016	
DATA DE EMISSÃO 02/07/2024		HORA DE ENTRADA/SAÍDA 19:13	
DATA DE ENTRADA/SAÍDA 02/07/2024		DATA DA EMISSÃO 02/07/2024	
HORA DE ENTRADA/SAÍDA 19:13		HORA DE ENTRADA/SAÍDA 19:13	
Nº: 801129 SÉRIE: 2		Nº: 801129 SÉRIE: 2	

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 2 de 5.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00748.781176 5 98070000062176  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 13/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 621,76  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 621,76  
-----

Autenticação Documento:  
161797335362422630109311534  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 3 de 5.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00748.782174 8 98210000062176  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 27/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 621,76  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 621,76

-----  
Autenticação Documento:  
261707335362422630109311533

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 4 de 5.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00748.783172 1 98350000062176  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 10/09/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 621,76  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 621,76

-----  
Autenticação Documento:  
266777335362422630109311537

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 4 - Página 5 de 5.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00748.784170 3 98490000062176  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 24/09/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 621,76  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 621,76

-----  
Autenticação Documento:  
665717435362422630109311538

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602



### Prestação de Contas - Completa


Itens da despesa 4	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 621,76 Valor Unit.: R\$ 621,76 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 621,76 Valor Unit.: R\$ 621,76 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 621,76 Valor Unit.: R\$ 621,76 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 621,76 Valor Unit.: R\$ 621,76 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 4	
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 2.487,04 Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

Prestação de Contas - Completa

Despesa 5

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 585885 - 02/07/2024  
Favorecido: 94.389.400/0001-84 - MCW Produtos Medicos E Hospitalares Ltda  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 5 - Página 1 de 2.

<b>Identificação do emissor</b> <b>MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA</b> ROD RSC 287 Nº: -- KM 109+500, S/N INDUSTRIAL VERA CRUZ - RS CEP: 96880-000		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº: 585885 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 / 2		 CHAVE DE ACESSO 4324 0794 3894 0000 0184 5500 1000 5858 8510 0184 4237 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora												
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 243240049442742 02/07/2024 18:55:42														
INSCRIÇÃO ESTADUAL 1560029886		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 262012456		CNPJ 94.389.400/0001-84												
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64		DATA DA EMISSÃO 02/07/2024												
ENDEREÇO R: JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO CENTRO		CEP 88750-000												
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		UF SC		INSCRIÇÃO ESTADUAL												
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64		INSCRIÇÃO ESTADUAL												
ENDEREÇO R: JACOB BATISTA ULIANO, Nº:1370		BAIRRO CENTRO		CEP 88750-000												
MUNICÍPIO 4202800 - BRACO DO NORTE		UF SC		FONE/FAX												
FATURA DUPLICATA																
FORMA DE PAGAMENTO Pagamento a prazo		NÚMERO DA FATURA 585885		VALOR ORIGINAL 2.582,02												
VALOR DE DESCONTO 0,0		VALOR LÍQUIDO 2.582,02														
NÚMERO ORDEM 001		VENCIMENTO 01/08/2024		VALOR 860,84												
NÚMERO ORDEM 002		VENCIMENTO 10/08/2024		VALOR 860,84												
NÚMERO ORDEM 003		VENCIMENTO 02/09/2024		VALOR 860,84												
CÁLCULO DO IMPOSTO																
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.544,00		VALOR DO ICMS 299,89		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00												
VALOR DO ICMS ST 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.582,02														
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00												
OUTRAS DESPESAS 0,00		VALOR TOTAL DO IPÍ 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 2.582,02												
TRANSPORTADO: VOLUMES TRANSPORTAUGS																
NOME/RAZÃO SOCIAL 1-B. TRANSPORTES LTDA		FRETE POR CONTA 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CPF)		CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF 04.353.469/0001-65												
ENDEREÇO AV GETULIO DORNELLES VARGAS, 3540		MUNICÍPIO CHAPECO		UF SC												
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254184880		QUANTIDADE 11		ESPECIE MARCA NÚMERO PESO BRUTO 72,795												
PESO LÍQUIDO 72,795																
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS																
CODPROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	OST	CPDP	UNID/	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	B.CALC ST	VALOR IPT	ALQUOTAS ICMS	IPÍ	
1825	ALCOOL 70% ETILICO 1000ML SUPERVALE VERDE C: 1170 D: 3 E: ETANOL (ALCOOL ETILICO) - Trib aprox. neste item RS: 0,00 Fed e 0,00 Est Fonte: IBPT/empresometro.com.br/D11D7F	38089919	000	6108	FR	48,0000	4,8500	232,80	0,00	232,80	27,94	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
248	LOTE: ALCT0-S46-24 QTD: 48,000 VALID: 26/07/2024 FABRILIDADE: 24809008 LUVIA CIRURGICA ESTERIL N. 70 SENSITEX MUCAMBO - Trib aprox. neste item RS: 0,00 Fed e 0,00 Est Fonte: IBPT/empresometro.com.br/D11D7F	40151200	500	6108	FR	400,0000	1,4900	596,00	0,00	596,00	71,52	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
2797	LOTE: 2408 QTD: 400,000 VALID: 26/07/2024 FABRILIDADE: 231022084 COMPRESSA GAZE ESTERIL 10CM X 10CM 13F C/10 UN AMERICAN HERIKA - Trib aprox. neste item RS: 50,23 Fed e 9,00 Est Fonte: IBPT/empresometro.com.br/D11D7F	30059090	000	6108	ENV	920,0000	1,3000	1.196,00	0,00	1.196,00	143,52	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO										
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Pedido: 328871 Representante: LUCIANA MARIA ESTRASULAS, OC: id 352 Ao emitir essa mercadoria, voce autoriza a empresa MCW PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES (CNPJ 94.389.400/0001-84) a recuperar tributos incidentes nessa operacao (inclusive ICMS DIFAL), conforme legislacao tributaria aplicavel, que porventura tenham sido pagos indevidamente e/ou foram reconhecidos como inconstituciois pelo poder judiciario. Art. 165 do CTN, Art. 166 do CTN, Recolhimento de Diferencial de Alíquotas para o Estado conforme EC 87/2015 Trib aprox. nesta venda R\$: 122,74 Fed e 46,56 Est. Fonte: IBPT/empresometro.com.br/D11D7F ICMSUFDest: R\$132,60						LANCEADO										
AMBIENTE DE PRODUÇÃO - Credenciado a emitir NFs. Consulte a validade no site da Secretaria da Fazenda.																
RECEBEMOS DE MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRONICA INDICADA AO LADO						NF-e Nº: 585885 SÉRIE: 1										
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR				ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA										

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 5 - Página 2 de 2.

07/08/2024, 16:47

Unicred - Internet Banking

07/08/2024 16:46:38  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 23793.68307 20000.045367  
81000.044800 3 98100000086059  
ID do Documento: 94.389.400/0001-84 -  
Instituição Emissora: BCO BRADESCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: MCW PRODUTOS MEDICOS E  
HOSPITALARES LTDA  
Razão Social: MCW PRODUTOS MEDICOS E  
HOSPITALARES LTDA  
CNPJ/CPF: 94.389.400/0001-84

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA  
TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 16/08/2024  
Data do Pagamento: 07/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 860,59  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 860,59

Autenticação Documento:  
463737437352722680109311533

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 5	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 860,59 Valor Unit.: R\$ 860,59 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 5	
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 860,59 Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 6

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 1712 - 03/07/2024  
Favorecido: 76.226.075/0001-57 - Carvamay Com de Medic e Perf Ltda  
Endereço:  
Observação: 03 parcelas

Comprovante da despesa 6 - Página 1 de 4.

		<b>CARVAMAY COMERCIO DE MEDICAMENTOS E PERFUMARIA LTDA</b> Rua Brigadeiro Franco, 621, Mercês 80.430-210 - Curitiba - PR Fone (41) 9989-9990 - veute@veute.com.br	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-Entrada 1-Saída Nº 001712 SERIE: 3 Página: 1 de 1											
Natureza da operação Venda de mercadorias		Protocolo de autorização de uso 141240196809955 03/07/2024 11:13:08		Chave de acesso 4124 0776 2260 7500 0157 5500 3000 0017 1212 9855 6085										
Inscrição Estadual 10152986-06	Inscr. est. do subst.trib.	CNPJ 76.226.075/0001-57		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora										
<b>Destinatário/Remetente</b> Nome / Razão Social ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA Endereço R JACOB BATISTA ULIANO, 1370 Município Braço do Norte		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64	Inscrição Estadual	Data emissão 03/07/2024 Data saída 03/07/2024 Hora saída 11:13:08										
<b>Faturas</b>		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64	UF SC											
Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor						
001	02/08/2024	525,00	002	17/08/2024	525,00	003	01/09/2024	525,00						
<b>Cálculo do imposto</b>														
Base de cálculo do ICMS 1.575,00	Valor do ICMS 63,00	Base de cálculo do ICMS Subst. 0,00	Valor do ICMS Subst. 0,00	Valor do FCP ST 0,00	Valor total dos produtos 1.575,00									
Valor do frete 0,00	Valor do seguro 0,00	Desconto 0,00	Outras despesas acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor total da nota 1.575,00									
<b>Transportador/Volumes transportados</b>														
Nome TRANSLOG SAO GABRIEL TRANSPORTES		Frete por conta do Remetente (CF)		Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF	15.488.297/0001-53						
Endereço RUA JOSE ANTUNES FERREIRA, nº 27363, CIDADE INDUST		Município Curitiba		UF PR	Inscrição Estadual									
Quantidade 3	Especie	Marca	Numeração	Peso bruto 36,300	Peso líquido 0,000									
<b>Itens da nota fiscal</b>														
Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vir.ICMS	Vir.IPI	%ICMS	%IPI	
CFOP6108	EQUIPO MACRO LS C/INJ.LAT/ ENTARE FILTRO 1,5M *PVC - MZLIFE	90189010	200	6.108	UN	1.500,000000000000	1,0500000000	1.575,00	1.575,00	63,00	0,00	4,0000	0,00	
<p>05/07/24... farmacia</p> <p>Ass: Quelen Domingos Farmaceutica CPF 16150</p> <p>ITAÚ Agência: 1538 Conta: 99322 - 9   Tipo: Conta-Corrente Carvamay Comercio de Med. e Perf. Chave Pix: Em: veute@veute.com.br</p>														
<b>Cálculo do ISSQN</b>														
Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN											
	0,00	0,00	0,00											
<b>Dados adicionais</b>														
Observações Total aproximado de tributos: R\$ 595,19 (37,79%) Federais R\$ 295,94 (18,79%) Estaduais R\$ 299,25 (19,00%) - Fonte IBPT. ORDEM DE COMPRA: 49075 - Banco Itau   Agência: 1538   Conta: 99322 - 9   Tipo: Conta-Corrente   Chave Pix: Email: veute@veute.com.br.						Reservado ao fisco								

03/07/2024 11:13:13

<https://www.bling.com.br/relatorios/danfe.php?idNota1=20629855608&fechaPopup=N>

1/1

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 6 - Página 2 de 4.

13/08/2024, 16:46

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação

ID/Transação: E000758472024080214085322709  
6146  
Valor do Pix: R\$ 525,00  
Data da transferência: 02/08/2024  
Data/Hora da operação: 02/08/2024 14:06:42  
Descrição:  
Nota Fiscal 001712 Pagamento 33

-----  
Dados do recebedor

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.  
Nome: HARMONIZA PHARMA  
CPF/CNPJ: \*\*.26.075/0001-\*\*

-----  
Dados do pagador

Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 6 - Página 3 de 4.

07/08/2024 13:37

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação  
ID/Transação: E000758472024080214062621016  
0772  
Valor do Pix: R\$ 525,00  
Data da transferência: 02/08/2024  
Data/Hora da operação: 02/08/2024 14:06:44  
Descrição:  
Nota Fiscal 001712 Pagamento 23  
-----  
Dados do receptor  
Instituição: ITAU UNIBANCO S.A.  
Nome: HARMONIZA PHARMA  
CPF/CNPJ: \*\*.26.075/0001-\*\*  
-----  
Dados do pagador  
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 6 - Página 4 de 4.

07/08/2024 13:38

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação  
ID/Transação: E000758472024080214062621016  
0772  
Valor do Pix: R\$ 525,00  
Data da transferência: 02/08/2024  
Data/Hora da operação: 02/08/2024 14:06:44  
Descrição:  
Nota Fiscal 001712 Pagamento 23  
-----  
Dados do recebedor  
Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.  
Nome: HARMONIZA PHARMA  
CPF/CNPJ: \*\*.26.075/0001-\*\*  
-----  
Dados do pagador  
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----



### Prestação de Contas - Completa


Itens da despesa 6	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 525,00 Valor Unit.: R\$ 525,00 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 525,00 Valor Unit.: R\$ 525,00 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 525,00 Valor Unit.: R\$ 525,00 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 6	
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 1.575,00 Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

**Prestação de Contas - Completa**

**Despesa 7**

Processo Contratação: Não se aplica  
 Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
 Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 280677 - 03/07/2024  
 Favorecido: 10.972.948/0003-24 - Brazmix comercio Varejista e Atacadista Ltda  
 Endereço:  
 Observação: 03 Parcelas

Comprovante da despesa 7 - Página 1 de 4.

<b>BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E ATACADISTA</b> Fone: 4130370700 RODovia DA UVA, 7120, EMBU COLOMBO, PR 83414300 brazmix.com.br EMAIL:sac@brazmix.com.br		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº 280.677 SÉRIE 1 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 41240710972948000162550010002806771002816772 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DO USO 141240196988593 03/07/2024 13:29:41	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9054118020		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO (R) - REMETENTE 258088567	
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL 28954 - ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		CNPJ / CPF 86437845000164	
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO / DISTRITO CENTRO	
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		UF SC	
FATURAS 001 24/07/2024 2.064,77 002 31/07/2024 2.064,77 003 07/08/2024 2.064,77 004 14/08/2024 2.064,77 005 28/08/2024 2.064,76		DATA DA EMISSÃO 03/07/2024	
CÁLCULO DO IMPOSTO VALOR DO ICMS 1.398,00 VALOR DO ICMS 167,76 BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00 VALOR DO ICMS SUBST. 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 10.323,84		DATA DA SAÍDA 03/07/2024	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL SAO GABRIEL TRANSPORTES EIRELI		FRETE POR UNIDADE EMITENTE AAA0000	
ENDEREÇO RUA JOSE ANTUNES FERREIRA, 83		PLACA DO VEÍCULO AAA0000	
QUANTIDADE 49 VOLUMES		MUNICÍPIO CURITIBA	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		UF PR	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9075302808		INSCRIÇÃO ESTADUAL 9075302808	
PESO BRUTO 238,400		PESO LÍQUIDO 238,400	
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES FANTASIA DESTINATÁRIO: HOSPITAL SANTA TERESINHA - Vend: 74 ZAINARA COLLEPRE Pedido:1243 ID 105728 ROTA: 14 - Nr. Ordem Compra: 32478734 - PERÍODO 352478734 Endereço de Entrega: Rua Jacob Batista Uliano, 1370 Hospital 86756 000 BRACO DO NORTE Santa Catarina - ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 HOSPITAL 86756 000 BRACO DO NORTE SANTA CATARINA SC - NAD INCIDENCIA DE QUÊ TRATA O INCISO 1 DO "CAPITULO JO ART. 3º DO RICMS-2017		RESERVADO AO FRETE LAIACADO	

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 7 - Página 2 de 4.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 03399.05077 78700.000009  
00571.101013 2 98010000206477

ID do Documento: 10.972.948/0001-62 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA-ME  
Razão Social: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA  
CNPJ/CPF: 10.972.948/0001-62

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 07/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 2.064,77  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 2.064,77

Autenticação Documento:  
765777335362422630109311530

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 7 - Página 3 de 4.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 03399.05077 78700.000009  
00572.001014 1 98080000206477  
ID do Documento: 10.972.948/0001-62 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA-ME  
Razão Social: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA  
CNPJ/CPF: 10.972.948/0001-62

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 14/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 2.064,77  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 2.064,77

-----  
Autenticação Documento:  
76177335362422630109311533  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 7 - Página 4 de 4.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 03399.05077 78700.000009  
00573.801016 9 98220000206476  
ID do Documento: 10.972.948/0001-62 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA-ME  
Razão Social: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA  
CNPJ/CPF: 10.972.948/0001-62

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 28/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 2.064,76  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 2.064,76

-----  
Autenticação Documento:  
461777335362422630109311534

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 7		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 2.064,77	Valor Unit.: R\$ 2.064,77
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 2.064,77	Valor Unit.: R\$ 2.064,77
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 2.064,76	Valor Unit.: R\$ 2.064,76
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 7		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 6.194,30	Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

**Prestação de Contas - Completa**

**Despesa 8**

Processo Contratação: Não se aplica  
 Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
 Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 411083 - 03/07/2024  
 Favorecido: 94.516.671/0001-53 - Cirurgica Santa Cruz Com Prod Hosp  
 Endereço:  
 Observação: 04 Parcelas

Comprovante da despesa 8 - Página 1 de 6.

<b>CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.</b> RUA LUIZ FAGUNDES Nº: 1486 FICADAS DO SUL São José - SC Fone: (51)2107-9000 CEP: 88106-000		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 9 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº: 411083 SÉRIE: 20 FL: 1 / 2		CHAVE DE ACESSO 4224 0794 5166 7100 0234 5502 0000 4110 8310 3461 4802 Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda Mercadorias Tribut.		INSC. ESTADUAL DO RUST. TRIBUTÁRIO CNPJ 255934807 94.516.671/0002-34		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240068492147 03/07/2024 17:00:04	
DESTINATÁRIO REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ENDEREÇO GOV. JACOB. BATISTA ULIANO, 1370 BAIRRO CENTRO CEP 88750-000		CNPJ/CPF 06.437.845/0001-64		DATA DE EMISSÃO 03/07/2024 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 03/07/2024 HORA DA ENTRADA/SAÍDA 16:59	
CÁLCULO DO IMPORTE BASE DE CÁLCULO DO ICMS 6.713,20 VALOR DO ICMS 1.141,24 VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO 0,00 OUTRAS DESPESAS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS ST 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 7.055,00 VALOR TOTAL DO IPI 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA 7.055,00			
TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS NOME/RAZÃO SOCIAL EXPRESSO SAO MIGUEL S/A		FRETE POR CONTA 0 - Contribuição de frete por conta do Remetente (CF)		COIJO DO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF 00.428.307/0011-60	
ENDEREÇO R ARCADIANOS QUANTIDADE 48 VOLUME(S)		MARCA PALHOÇA PESO BRUTO 756,527		UF SC INSCRIÇÃO ESTADUAL 256698945 PESO LÍQUIDO 756,527	
FATURA DUPLICATA FORMA DE PAGAMENTO Pagamento a prazo		NÚMERO DA FATURA 411083 VALOR ORIGINAL 7.055,00 VALOR DE DESCONTO 0,00 VALOR LÍQUIDO 7.055,00		VALOR 1.411,00 VALOR 1.411,00	
Nº 001 VENCIMENTO 31/07/2024 Nº 002 VENCIMENTO 25/09/2024		Nº 002 VENCIMENTO 14/08/2024 Nº 003 VENCIMENTO 28/08/2024		Nº 004 VENCIMENTO 11/09/2024	
DADOS DOS PRODUTOS/SERVÇOS CÓDIGO 19323		DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVÇOS CATERER VENCDO CENTRAL DUPLD LUMEN PPR BOM DI MOCOL2028K E K2- MÍDIA - Valor Br. incluído Imp. Item: R\$ 50,00 (Vale Refeição - 08/08/2024)		NCM SH 90183203 CST 240 UNID UN QUANT. 7.000 VALOR UNIT. 44,00000 VALOR TOTAL 308,00	
7714 Descrição Item: R\$ 40,00 (Vale Refeição - 01/08/2024)		NCM SH 90183999 CST 000 UNID UN QUANT. 200,0000 VALOR UNIT. 2,4000 VALOR TOTAL 480,00		19323 Descrição Item: R\$ 40,00 (Vale Refeição - 01/08/2024)	
19323 Descrição Item: R\$ 40,00 (Vale Refeição - 01/08/2024)		NCM SH 90183119 CST 200 UNID UN QUANT. 100,0000 VALOR UNIT. 2,7000 VALOR TOTAL 270,00		19323 Descrição Item: R\$ 40,00 (Vale Refeição - 01/08/2024)	
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 177243 Rec. Fed. Inscrição 1577243 Inscrição 112361 Nota IF Faltante 126 CST 240 - ICMS Isento c/cf. Anexo 2, Art. 7 - Inciso VIII do RICMS-SC ICMS Isento no c/cf. Anexo 2, Art. 2 - Inciso IV do RICMS-SC **ATENÇÃO: PRECISO CLICAR AO RECEBER A SUA MERCADORIA, CONFIRMAR TODOS OS VOLUMES, IDENTIFICAR CADA QUANTIDADE AVANÇADA, VIGILANCIA O DO FALTA, FAÇA IMEDIATAMENTE A OBSERVAÇÃO NO VERSO DA 2 VIA DO COMPROVANTE DE ENTREGA DA TRANSPORTADORA. CASO SEJA REFEITÓRIA, O PRAZO PARA REEMBOLSO É DE ATÉ 15 DIAS APÓS EMISSÃO DA NOTA, NÃO ACEITAMOS OCCORRÊNCIAS POSTERIORES. OBRIGADO!!! * 14 332478734 CONVERTIDO P/S / VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: 93 1.141,24		RESERVADO AO FISCO			

### Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 8 - Página 2 de 6.

 <b>CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.</b> RUA LUIZ FAGUNDES Nº 1485 PICADAS DO SUL Sao Jose - SC Fone: (51)2107-8000 CEP: 88106-000		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 1 - ENTRADA 1 - SAIDA		 CHAVE DE ACESSO 4224 0794 5166 7100 0234 5502 0000 4110 8310 3461 4802											
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda Mercadoria Tribut.		NP: 411083 SERIE: 20 FL.: 2/ 2		Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255934807		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 94.516.671/0002-34		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240066492147 03/07/2024 17:00:04											
<b>DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</b>															
CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CIT	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	ICMS CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ICMS ST	VALOR IPI	ACRESCIM. IPI
402	LOTE: 3598302 QTD: 100,000 VAL:301965025 FAB:0110102023 ATAPURA GESSADA 30CM INT C20 CREMER-1666F CREMER - Valor de imposto mesa Item: 18 0,00 eProdANVISA: 09024010207 LOTE: 812846463 QTD: 20,000 VAL:34202027 FAB:05020204 CAMPONILE 25401 C200 C2000 A20 G2000 - Valor de imposto mesa Item: 18 1,25 eProdANVISA: 105301810044	80211099	040	5102	RE	20,00000	1,6000	32,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12131	LOTE: 4230000 QTD: 80,000 VAL:9650000 FAB:05050000 SOL 718CM OGGIO 200MM. C20 387 FECHADO BOLSA AZUL 325 BAXTER - Valor de imposto mesa Item: 18 1,0000 eProdANVISA: 190030001048	39039079	000	5102	CP	80,00000	0,0000	7,20	0,00	7,20	1,20	0,00	0,00	0,00	17,00
4239	LOTE: 1958643 QTD: 1320,000 VAL:96440205 FAB:06040204 SOL 718CM OGGIO 200MM. C20 387 FECHADO BOLSA AZUL 325 BAXTER - Valor de imposto mesa Item: 18 1,0000 eProdANVISA: 190030001048	30049099	000	5102	BO	1.320,0000	4,0000	5.280,00	0,00	5.280,00	1.056,00	0,00	0,00	0,00	17,00



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 8 - Página 3 de 6.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking  
02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00749.032173 4 98080000141100  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 14/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 1.411,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 1.411,00

-----  
Autenticação Documento:  
164777335362422630109311533  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 8 - Página 4 de 6.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00749.033171 7 98220000141100  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRÚRGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRÚRGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 28/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 1.411,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 1.411,00

Autenticação Documento:  
861777335362422630109311535

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 8 - Página 5 de 6.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00749.034179 1 98360000141100  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 11/09/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 1.411,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 1.411,00

-----  
Autenticação Documento:  
861787335362422630109311535

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 8 - Página 6 de 6.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00749.035176 2 98500000141100  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 25/09/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 1.411,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 1.411,00  
-----

Autenticação Documento:  
463797335362422630109311532  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 8		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.411,00	Valor Unit.: R\$ 1.411,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.411,00	Valor Unit.: R\$ 1.411,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.411,00	Valor Unit.: R\$ 1.411,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.411,00	Valor Unit.: R\$ 1.411,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 8		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 5.644,00	Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 9

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 314997 - 03/07/2024  
Favorecido: 05.531.725/0001-20 - Somasc Produtos Hospitalares Ltda  
Endereço:  
Observação: 02 Parcelas

Comprovante da despesa 9 - Página 1 de 3.

UF/ICMS ABAIXO. EMISSÃO: 03/07/2024 VALOR TOTAL: R\$ 2.362,50 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA - RUA ACOB BATISTA ULIANO, 1370 CENTRO BRAÇO DO NORTE-SC

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR Nº. 000.314.997 Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SOMASC PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**  
AV. GENTIL REINALDO CORDIOLI, 391  
JARDIM EL DORADO - 88133-500  
PALHOÇA - SC Fone/Fax: 4833482629

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

Nº. 000.314.997 Série 001 Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO  
4224 0705 5317 2500 0120 5500 1000 3149 9710 0549 0407  
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
242240065947868 - 03/07/2024 11:21:47

TIPO DE OPERAÇÃO  
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL 254582702 INSCRIÇÃO MUNICIPAL INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ 05.531.725/0001-20

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CNPJ / CPF DATA DA EMISSÃO  
03/07/2024

ENDEREÇO  
RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 88750-000 DATA DA SAÍDA/ENTRADA 03/07/2024

MUNICÍPIO RACO DO NORTE UF FONE / FAX INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA/ENTRADA 11:21:42

UF SC 4836582244

ATURA / DUPLICATA

Num.	001	002	003	004
Doc.	24/07/2024	31/07/2024	07/08/2024	14/08/2024
Valor	R\$ 590,63	R\$ 590,63	R\$ 590,63	R\$ 590,63

ALÍQUOTA DO IMPOSTO

SE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
2.362,50	401,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,25	2.362,50

VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO 0,00 OUTRAS DESPESAS 0,00 VALOR TOTAL IPI 0,00 V. ICMS UF DEST. 0,00 V. TOT. TRIB. 317,76 VALOR DA COFINS 28,77 V. TOTAL DA NOTA 2.362,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

FRATE 0-Por conta do Rem

MUNICÍPIO HERVAL D OESTE UF SC INSCRIÇÃO ESTADUAL 254530630

OD BR 282 KM 376,4 1100

QUANTIDADE 33 ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 110,600 PESO LÍQUIDO 110,600

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

DIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
10704	ÁGUA P/INIEÇÃO 10ML AMPOLA FARMACE Lote: 24D10279D Quant: 6000.000 Fab: 02/04/2024 Val: 02/03/2026	30039099	000	5102	AMP	6.000,0000	0,2200	1.320,00	0,00	1.320,00	224,40	17,00		
2909	ATADURA CREPE 1,80 MT X 15 CM 13 FIOS (79119-09) NEVE Lote: Z405010211 Quant: 300.000 Fab: 03/05/2024 Val: 01/04/2029	30059090	000	5102	RL	300,0000	0,9800	294,00	0,00	294,00	49,98	17,00		
2910	ATADURA CREPE 1,80 MT X 20 CM 15 FIOS (79119-11) NEVE Lote: 2404010020 Quant: 120.000 Fab: 05/04/2024 Val: 01/03/2029	30059090	000	5102	RL	120,0000	1,3500	162,00	0,00	162,00	27,54	17,00		
11351	LIDOCAINA 2% S/V (20MG/ML) 5ML AMPOLA HYPOCAINA HYPOFARMA Lote: 23111687 Quant: 100.000 Fab: 01/11/2023 Val: 30/11/2025	30039053	000	5102	AMP	100,0000	1,0200	102,00	0,00	102,00	17,34	17,00		
11034	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG/2ML) AMPOLA 2ML METROFARMA FARMACE Lote: MT24C014 Quant: 500.000 Fab: 23/03/2024 Val: 28/02/2026	30039051	000	5102	AMP	500,0000	0,5790	289,50	0,00	289,50	49,22	17,00		
10346	MORFINA (A1) 10MG/ML 1ML AMPOLA GENERICO HIPOLABOR Lote: AZ20124M Quant: 100.000 Fab: 18/02/2024 Val: 31/01/2026	30049099	000	5102	AMP	100,0000	1,9500	195,00	0,00	195,00	33,15	17,00		

DOS ADICIONAIS  
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contribuinte: PEDIDO ID 352478734.1 COTACAO 26654 - Banco do Brasil - AG 3415-0 C/C 16.988-9  
al do Destinatário: compras@hospitalsantateresinha.org.br  
fisco - Produtos farmacêuticos Para. 1º art. 21 e 22 - IN 1234/12 combinado com a lei 10.147  
agem Total: 0,3666329  
R Aproximado dos Tributos - R\$ 317,76

RESERVADO AO FISCO

LAMPADO  
LAMPADO

Associação Beneficente Santa Teresinha  
Rua Adm/For. Econômico  
C/P: 078.485.109-60  
H. Braço do Norte Santa Teresinha

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 9 - Página 2 de 3.

https://novounicredinternet.e-unicred.com.br/unicred-internetbanking/monitoramento?hashloite=1bc70bee-2ca4-460c-943a-dbd4d4db2440&au... 23/25

02/08/2024, 13:55  
Unicred - Internet Banking  
13:54:55  
UNICRED CENTRO-SUL  
Comprovante de Pagamento de Título  
Conta: 2211599  
Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 34191.12176 55345.136244  
ID do Documento: 05.531.725/0001-20 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.  
Beneficiário  
Nome Fantasia: SOMA SC PROD HOSPIT LTDA  
Razão Social: SOMA SC PROD HOSPIT LTDA  
CNPJ/CPF: 05.531.725/0001-20  
Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:  
Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA T  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64  
Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64  
Data de Vencimento: 07/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 590,63  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 590,63  
-----  
Autenticação Documento: 367757435362422630109311530  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 9 - Página 3 de 3.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking  
02/08/2024 13:54:55  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 34191.12176 55345.216240  
33995.050003 9 98080000059063  
ID do Documento: 05.531.725/0001-20 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: SOMA SC PROD HOSPIT LTDA  
Razão Social: SOMA SC PROD HOSPIT LTDA  
CNPJ/CPF: 05.531.725/0001-20

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA T  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 14/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 590,63  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 590,63

-----  
Autenticação Documento:  
464777335362422630109311530  
-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602



### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 9	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 590,63 Valor Unit.: R\$ 590,63 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 590,63 Valor Unit.: R\$ 590,63 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 9	
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 1.181,26 Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

Prestação de Contas - Completa

Despesa 10

Processo Contratação: Não se aplica

Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato

Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 419317 - 03/07/2024

Favorecido: 00.339.246/0001-92 - Londricir Comercio de Material Hospitalar Ltda

Endereço:

Observação:

Comprovante da despesa 10 - Página 1 de 3.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE		CHAVE DE ACESSO	
<b>Londricir</b> Medicamentos e Produtos Hospitalares <b>LONDRI CIR COM DE MAT HOSPITALAR LTDA</b> Av Tiradentes, 7100, GLP 03 Modulo 06 e 07 - Jardim Rosicler CEP: 86072-000 Londrina-PR Fone: (43) 3373-3400		Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº 000.419.317 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/2		4124070033924600192550010004193171974209190	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS FORA DO ESTADO		PROTÓTIPO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 14124019675041503/07/2024 10:43:23		CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF- www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 601.28757-95		INSC EST DO SUBST TERCÁRIO		CNPJ 00.339.246/0001-92	
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TEREZINHA		CNPJ/CPF/INSCRIÇÃO ESTADUAL 86.437.845/0001-64		DATA DE EMISSÃO 03/07/2024	
ENDEREÇO JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 88750-000	
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		FONE/FAX (48)3658-2244		UF SC	
FATURA/DUPLICATA 001 02/08/24 R\$ 650,28		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA	
CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS		VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 650,28		VALOR DO ICMS 75,29		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 650,28	
VALOR DO FRET 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO IPI 0,00	
DEBONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 650,28	
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0-Rem (CIF)		CÓDIGO ANTT	
EXPRESSO SAO MIGUEL LTDA		RUA JOSE CARLOS MUFATTO, 1924		CAMBE	
QUANTIDADE / ESPECIE		MARCA		VALOR BRUTO	
4				16,000	
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO		DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO		NCM/SH	
9842		ALGODAO ORTOPEDICO 15CMX1,8MT C-156850 PCT/C/12 RL CREMER cProdANVISA=0010071150059 PMC=0,00 Lote=850082418D Qtd=12 Fab=29/04/2024 Val=28/04/2029 Cod Barras (cEan): 7891800000856		30059090	
26776		DOSADOR ORAL 05ML COD-05042 B.CENTRAL- EMB. INDIVIDUAL UN SR cProdANVISA=0080026180038 PMC=0,00 Lote=708C4 Qtd=900 F=16/02/2024 Val=16/02/2029 Cod Barras (cEan): 7890259497152		90183119	
8601		MALHA TUBULAR 15CM 15MTS C-F08144 RL POLAR FIX cProdANVISA=008000341021 PMC=0,00 Lote=052024 Qtd=5 Fab=01/05/2024 Val=01/04/2029 Cod Barras (cEan): 7899010927065		60029010	
24474		SERINGA DESC 03ML S/AG LUER LOCK COD.990174 B.CENTRAL UN BD cProdANVISA=0010033430030 PMC=0,00 Lote=108872 Qtd=150 Fab=01/05/2024 Val=01/04/2029 Cod Barras (cEan): 7891463000347		90183119	
25360		SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N08 UN MARK MED cProdANVISA=0010207820015 PMC=0,00 Lote=21796 Qtd=40 Fab=01/05/2024 Val=31/05/2028 Cod Barras (cEan): 7898430461538		90183119	
25362		SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N12 UN MARK MED cProdANVISA=0010207820015 PMC=0,00 Lote=21752 Qtd=40 Fab=01/04/2024 Val=30/04/2028 Cod Barras (cEan): 7898430461532		90183119	
25364		SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N16 UN MARK MED cProdANVISA=0010207820015 PMC=0,00 Lote=21752 Qtd=40 Fab=01/04/2024 Val=30/04/2028 Cod Barras (cEan): 7898430461532		90183119	
CÁLCULO DO ISSQN		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		VALOR DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		VALOR DO ISSQN	
DADOS ADICIONAIS		INSCRIÇÃO AUXILIAR NO ESTADO DE SC DE Número 26.043.766-7, DISPENSADO DO RECOLHIMENTO DO DIFAL EM GNRE		PED: 971125 Vendedor: OTAVIO AUGUSTO DA SILVA FREIRE (FUNCIONARIO)	
Sep: YLARAMARINI Cont: WANDERLEI		ID 352478734 352477970		ALÍQUOTA 4% CONFORME ART. 18 INC III DECRETO 7871/2017	
Val aprox dos tributos R\$ 191,59 (29,46%) Fonte: IBPT		PIS COFINS - ALÍQUOTA ZERO CONFORME INCISO III ARTIGO PRIMEIRO DECRETO 6426/2008: Produtos(23504, 24474, 25360, 25362, 25364, 26776) - Partilha ICMS operação interestadual consumidor final, disposto na Emenda constitucional 87/2015. Valor ICMS para UF destino: R\$ 35,25. Valor FCP para o destino: R\$ 0,00. Valor ICMS UF remetente: R\$ 0,00.		RECEBEMOS DE LONDRI CIR COM DE MAT HOSPITALAR LTDA, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado: Data de emissão 03/07/2024 Valor Total: R\$650,28, Destinatário: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TEREZINHA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 - CENTRO - BRACO DO NORTE/SC	
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBIDOR		NF-e	
				Nº 000.419.317	
				SÉRIE: 1	

**Prestação de Contas - Completa**

Comprovante da despesa 10 - Página 2 de 3.

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAIDA

Nº 000.419.317  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA: 2/2

CHAVE DE ACESSO  
 4124 0700 3392 4600 0192 5500 1000 4193 1719 7420 9190

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 141240196750415 03/07/2024 10:43:23

OPERAÇÃO  
 VENDAS FORA DO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL 601.28757-95

INSCRIÇÃO DO SUBST. TRIBUTÁRIO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CBT	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VALOR APROX. TRIBUTOS
23504	cProdANVISA=0010207820015 PMC=0,00 Lote=21530 Qtd=20 Fab=01/03/2024 Val=31/03/2028 Cod Barras (cEan): 7898430462115 TUBO ENDOTRAQ PVC C/BALAO NR 4,0 CX/C/10 UN SOLIDOR cProdANVISA=0010369460219 PMC=0,00 Lote=28323091 Qtd=1 Fab=01/09/2023 Val=30/09/2028 Cod Barras (cEan): 07898157724060	90183929	200	6108	CX	1	34,290000	34,29	34,29	1,37	4	11,00

00.339.246/0001-92

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 10 - Página 3 de 3.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:55  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 02090.228004  
00212.941173 7 97960000065028  
ID do Documento: 00.339.246/0001-92 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: LONDRICIR COMERCIO DE  
MATERIAL HOSPITALAR LTD  
Razão Social: LONDRICIR COMERCIO DE  
MATERIAL HOSPITALAR LTDA.ME  
CNPJ/CPF: 00.339.246/0001-92

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TEREZINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 02/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 650,28  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 650,28

-----  
Autenticação Documento:  
365777335362422630109311532

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 10</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 650,28 Valor Unit.: R\$ 650,28 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 10</b>		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 650,28	Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

**Prestação de Contas - Completa**



**Despesa 11**

Processo Contratação: Não se aplica  
 Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
 Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 3310 - 03/07/2024  
 Favorecido: 35.462.689/0001-50 - Cobermed Sul Comercio de Materiais Ltda  
 Endereço:  
 Observação:

Comprovante da despesa 11 - Página 1 de 2.

RECEBIMOS DE FORMADOS SUL COMERCIO DE MATERIAS MEDICAS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO		VALOR TOTAL DA NOTA	NF-e
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		402,96	Nº 000003310
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DATA DA EMISSÃO	SÉRIE 1
		03/07/2024	

 <b>COBERMED SUL</b> Soluções para Saúde COBERMED SUL COMERCIO DE MATERIAS MEDICAS LTDA RODOVIA BALNEARIO FLORENO, 728 RIBERAÇÃO DA ILHA - Florianópolis/SC CEP: 88064-001 - Fone: (48) 4009-2540 comercial@cobermedsul.com.br	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	CONTROLE DO FISCO 
	0 - Entrada 1 - Saída	1
Nº 000003310 SÉRIE 1 Página 1 de 1		

NATUREZA DA OPERAÇÃO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDE DE MERCADORIAS	260464821		35.462.689/0001-50	242240065945230 03/07/2024 11:20:31-03:00
			CHAVE DE ACESSO DA NFA - CONSULTA NO SITE: WWW.NFE.FAZENDA.BR/BR	4224073546268900015055001000033101871992276

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		86.437.845/0001-64	03/07/2024
ENDEREÇO	BARRIO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370 *****	CENTRO	88750-000	
MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
Braço do Norte	SC		

FATURA	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
	3310-1	02/08/2024	402,96						

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DE ICMS		BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		0,00		0,00		0,00		402,96	
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	402,96				

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
B. TRANSPORTES LTDA		0-Emitente			SC	04.353.469/0030-08
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
AV ARY MIGUEL DA SILVEIRA, S/N *****	Palhoça	SC				
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1	CX 33X52X64			12,700		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
17898172860023	ATADURA CREPOM NEVE 13F- 08CMX18M NEVE Lote: 311010047 Val: 10/10/2023	30059090	0102	5.102	UN	120	0,41000	49,20					
17898172860047	ATADURA CREPOM NEVE 13F- 10CMX18M NEVE Lote: 311010050 Val: 10/10/2023	30059090	0102	5.102	UN	528	0,67000	353,76					

06/02/25 Just. fundação Sol. 58142 For. MEDFE Resp. Dpto. Autorizador Ass. Tamara Ass.		COTAÇÃO BIONEXO Ass.		Jessica dos Santos Carrazo Assistente ADM/Operações CPF: 074.429.29-00 Hospital Santa Teresinha	
---	--	-------------------------	--	--	--

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. ID BIONEXO: 352478734 - NUMERO COTAÇÃO: 28654	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 11 - Página 2 de 2.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 74891.12420 03051.702268  
29035.871002 1 97960000040296  
ID do Documento: 35.462.689/0001-50 -  
Instituição Emissora: BCO COOPERATIVO  
SICREDI S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: COBERMED SUL COM LTDA  
Razão Social: COBERMED SUL COM LTDA  
CNPJ/CPF: 35.462.689/0001-50

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 02/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 402,96  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 402,96

Autenticação Documento:  
867777335362422630109311532

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 11</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 402,96 Valor Unit.: R\$ 402,96 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 11</b>		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 402,96	Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		



### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 12

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 215358 - 03/07/2024  
Favorecido: 10.854.165/0011-56 - F&F distribuidora de Produtos Farmacêuticos Ltda  
Endereço:  
Observação: 02 Parcelas

Comprovante da despesa 12 - Página 1 de 3.

F&F Distribuidora de Produtos Farmacêuticos Ltda R ROMALINO JOAO DA ROSA, 150 - BREJARU PALHOCA - SC - CEP: 88.133-516 - FONE: (48) 3771-3500		Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAIDA		Nº 215358 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 4224.0710.8541.6500.1156.5500.1000.2153.5811.6329.6944 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA																													
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda merc. e/ou receb.de terceiros		PROT. DE AUTORIZAÇÃO 242240066094677		03/07/2024 13:13:38																															
CÓDIGO DE REGIME DE FISCALIZAÇÃO 3 - Regime Normal		INSCRIÇÃO ESTADUAL 258495030		INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA		CPF/CNPJ 10.854.165/0011-56																													
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL SOC BENEF STA TERESINHA		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64		DATA DE EMISSÃO 03/07/2024		DATA DE ENTRADA/SAÍDA																													
ENDEREÇO R JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO CENTRO		CEP 88.750-000		03/07/2024																													
MUNICÍPIO BRAÇO DO NORTE		UF PAIS SC Brasil		FONE/FAX (55)483658-2244		INSCRIÇÃO ESTADUAL 13:13:31																													
FATURA NÚMERO FATURA 0095940535		VALOR ORIGINAL 700,00		DESCONTO 0,00		VALOR LIQUIDO 700,00																													
DUPLICATA NÚMERO 001		VENCIMENTO 01/07/2024		VALOR 233,31		NÚMERO 002																													
FORMA DE PAGAMENTO Boleto Bancário		VALOR 700,00		FORMA PAGAMENTO		VALOR 233,38																													
CÁLCULO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS 700,00		VALOR DO ICMS 119,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 700,00																											
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DO IPT 0,00		VLR APROX DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 700,00																							
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL SAO GABRIEL TRANSPORTES LTDA		FRETE POR CONTA REMETENTE		CÓDIGO ANT PLACA DO VEICULO		UF SC		CNPJ 15.488.297/0009-00		INSCRIÇÃO ESTADUAL																									
ENDERECO R RONEY HENRIQUE HEIDERSCHIEDT SN		MUNICÍPIO PALHOCA		UF SC		INSCRIÇÃO ESTADUAL																													
QUANTIDADE 1		ESPECIE VOLUME		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 5,515		PESO LIQUIDO 0,025																									
DADOS DO PRODUTO/SERVICO		CÓDIGO		DESCRIÇÃO DO PRODUTO		NCM/RH		ORIGEM		CFOP		UNID		QTDE		VLR UNIT		DESC		VLR TOTAL		V TRIB		BC ICMS		VLR ICMS		VLR IPT		ALÍQUOTA (%)		VALOR TOTAL			
1900000000		1900524		CORTISONAL 100MG INJ 50FA		30043290		5/00		3102		UN		3.0000		140,0000				700,00				700,00		119,00		0,00		17,00		0,00			
				L 241302 V 31.03.2026 Q 5.000. SIMILAR																															
				Assistente ADM Financeira																															
				Ludiano Sombrio																															
				Quelen Domingos																															
				Farmácia																															
				CPF 16150																															
DADOS ADICIONAIS		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO																															
		Não sujeito a IPI - ID 352478734.1 - Faturamento Convenio. Num. pedido/cliente: ID 352478734.1. Ordem de venda: 797802. Remessa: 8002032795. Documento de transporte: 0010535568.																																	

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 12 - Página 2 de 3.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 03399.88198 94700.000477  
83251.701013 2 98010000023331  
ID do Documento: 10.854.165/0001-84 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: F F DISTRIBUIDORA DE  
PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA  
Razão Social: F F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS  
FARMACEUT  
CNPJ/CPF: 10.854.165/0001-84

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: SOC BENEF STA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 07/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 233,31  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 233,31

Autenticação Documento:  
460797335362422630109311539

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 12 - Página 3 de 3.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 03399.88198 94700.000477  
83254.101013 5 98080000023338  
ID do Documento: 10.854.165/0001-84 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: F F DISTRIBUIDORA DE  
PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA  
Razão Social: F F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS  
FARMACEUT  
CNPJ/CPF: 10.854.165/0001-84

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: SOC BENEF STA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 14/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 233,38  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 233,38

Autenticação Documento:  
261727435362422630109311539

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa



Itens da despesa 12	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 233,38 Valor Unit.: R\$ 233,38 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 233,31 Valor Unit.: R\$ 233,31 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 12	
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 466,69 Pagamento: 02/08/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

**Prestação de Contas - Completa**

**Despesa 13**

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 12670 - 03/07/2024  
Favorecido: 09.046.469/0001-36 - Yelo Comercio de Materiais Hospitalares Ltda  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 13 - Página 1 de 2.

AO LADO		VALOR NOTA RS 526,00		NF-e									
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		Nº: 000.012.670 SÉRIE: 1									
 <p>www.yelocirurgica.com.br YELO COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA ENDEREÇO: RUA WALDEMAR OURIQUES, 608 COLONINHA - FLORIANÓPOLIS - SC - CEP: 88090-051 CONTATO: (48) 3307-0028</p>		<p><b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b></p> <p>Nº 000.012.670 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1</p>		 <p>CHAVE DE ACESSO 4224 0709 0464 6900 0136 5500 1000 0126 7010 0011 9735</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERC. ADQ. OU REC. DE TERC.S		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240065753967 - 03/07/2024 09:35:33											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 257712704		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA		CNPJ 09.046.469/0001-36									
DESTINATÁRIO/REMETENTE													
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA			CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64	DATA DA EMISSÃO 03/07/2024									
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 88750-000	DATA DE SAÍDA/ENTRADA									
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE	FONE/FAX	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA									
FATURA													
Número	Data Vcto	Valor											
001	02/08/2024	526,00											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 526,00		VALOR DO ICMS 89,42	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00								
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00								
VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 526,00											
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS													
RAZÃO SOCIAL EMPRESA BRAS. CORREIOS E TELEGRAFOS		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF								
ENDEREÇO PC DOM PEDRO II 4-55		MUNICÍPIO BAURU	UF SP	CNPJ/CPF 34.028.316/7101-51	INSCRIÇÃO ESTADUAL 209263344110								
QUANTIDADE 1	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO 0	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000								
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
000063	CATETER IV DISP DE SEG 22G Lote: CAT009L-24	90183926	2 00	5102	UN	100,0000	2,6300	263,00	263,00	44,71	0,00	17,00 0,00	0,00
000062	CATETER IV DISP DE SEG 20G Lote: CAT008L-23 FAB:01/12/2023 VAL:30/11/2023	90183926	2 00	5102	UN	100,0000	2,6300	263,00	263,00	44,71	0,00	17,00 0,00	0,00
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES COFINS (3%): R\$ 13,10 PIS (0,65%): R\$ 2,84 FEITIDO BIONEXO: 352479734.1			RESERVADO AO FISCO										

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 13 - Página 2 de 2.

02/08/2024, 14:49

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação

ID/Transação: E000758472024080217405452538  
6812  
Valor do Pix: R\$ 526,00  
Data da transferência: 02/08/2024  
Data/Hora da operação: 02/08/2024 15:03:49  
Descrição:  
NF 12670

-----  
Dados do recebedor

Instituição: BCO DO BRASIL S.A.  
Nome: YELO COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA  
CPF/CNPJ: \*\*.46.469/0001-\*\*

-----  
Dados do pagador

Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703

Demais regiões 0800 200 7302

No exterior +55 11 3003 7703

SAC 0800 647 2930

OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 13</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 526,00 Valor Unit.: R\$ 526,00		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 13</b>		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 526,00	Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 14

Processo Contratação: Não se aplica

Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato


Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 683998 - 03/07/2024

Favorecido: 11.206.099/0004-41 - Supermed Comercio e Imp. de Produtos Med. e Hospitalar Ltda

Endereço:

Observação:

Comprovante da despesa 14 - Página 1 de 2.

RECEBEMOS DE (SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 683998 SÉRIE 1	
 <b>SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA</b> Avenida Tower Automotivo, 300 - Galpao 26 - Laranjeira Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-4934-1700		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA Nº 683998 SÉRIE 1 FOLHA 1/2	
AVANÇADA 1-ENTRADA 1-SAIDA Nº 683998 SÉRIE 1 FOLHA 1/2		CHAVE DE ACESSO 352414181308703072024152452	
CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 1352414181308703072024152452	
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda a não contribuinte		INSCRIÇÃO ESTADUAL 188.070.970.117	
DESTINATÁRIO / REMETENTE		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 260.331.317	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASS. BENEF. STA TERESINHA (2476)		CNPJ 11.206.099/0004-41	
ENDEREÇO R. JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		UF SC	
FONE/FAX 483632244		INSCRIÇÃO ESTADUAL 03 JUL 2024	
FATURA / DUPLICATA		DATA DE EMISSÃO 03/07/2024	
031 2407/2024 09107 002 01/07/2024 331,27 003 07/08/2024 331,27 004 14/08/2024 331,27			
CÁLCULO DO IMPOSTO			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	
558,75		52,61	
VALOR DO ICMS		0,00	
VALOR DO FRETE		0,00	
VALOR DO SEGURO		0,00	
DESCONTO		0,00	
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		0,00	
VALOR TOTAL DO IPI		0,00	
VALOR TOTAL DA NOTA		1.325,08	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS			
NOME / RAZÃO SOCIAL JAMEF TRANSPORTES LTDA.		FRETE POR CONTA DO EMITENTE	
ENDEREÇO RUA MIGUEL MENTEM, 00500		MUNICÍPIO SÃO PAULO	
CNPJ 114387171114		UF SP	
CÁLCULO DO IPI		VALOR DO IPI	
2,5,69		25,69	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS			
CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	QTD
26389	COLETORA URINA 2000ML SIST TETRADO C/- VALV C/05 ESPONJAL-ESPECIALIZADA LT AGL003A/24 (20) 09/2025 (Fornecedor: S18, Lote: AGL003A/24, Qtde: 20, Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/2025)	39285030	700
31885	CHARTOPIX CVC DUPLC LINER 775X270X4-B BRAU LT 23M08A8551 (10) 11/2025 (Fornecedor: 3328, Lote: 23M08A8551, Qtde: 10, Data Fab: 09/11/2023, Data Val: 01/11/2028)	90183929	200
30101	SERINGA DESC.05ML SLIP BL C/250-SR LT L793 (1) 05/2025 (Fornecedor: 3118, Lote: L793, Qtde: 2, Data Fab: 21/05/2024, Data Val: 21/05/2025)	90183119	100
30064	SERINGA DESC.05ML LCCX C/500-SR LT L782 (1) 05/2025 (Fornecedor: 3118, Lote: L782, Qtde: 1, Data Fab: 18/05/2024, Data Val: 18/05/2025)	90183119	100
30098	SERINGA DESC.05ML LCCX C/500-SR LT L792 (2) 05/2025 (Fornecedor: 3118, Lote: L792, Qtde: 2, Data Fab: 21/05/2025, Data Val: 21/05/2025)	90183119	100
DADOS ADICIONAIS			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO	
IC 392478734    #R37V5 R3pP30V2    ITEM 2 Produto Isento de ICMS Conf. Conv. 01/99. ITEM 6 e 7 Isento de ICMS conf. Convênio 126/2010 ITENS 3 a 5 Alíquota para produtos importados (Resol. 13/2012 do Senado Federal). Valor de partilha para UF de Destino: R\$ 59,37 Pedido: 681412 End. Entrega: R. JACOB BATISTA ULIANO, 1370, 1370 - CENTRO - 86750-020, BRACO DO NORTE-SC - Horário: 08h às 12h/13h às 18h Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017 Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1674 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE OUTRAS, DEVE SER NOTIFICADA EM ATÉ 05 (CINCO) DIAS ÚTIS, A PARTIR DO DIA DA ENTREGA, SOB PENALIDADE DE ANULAÇÃO DO PROCESSO DE LICITAÇÃO. PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Retenções conf. IN 1.254/12 e 2.145/2023: IR (1,5%) e CSLL R\$ 0,69 (1,58%)		MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CANHOTO DA NOTA FISCAL OU NO CANCELAMENTO	
NF DE TRANSPORTE			



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 14 - Página 2 de 2.

07/08/2024, 16:47

Unicred - Internet Banking  
16:46:38

UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usakatis, RENO  
Código: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
Código de Barras: 03399.48457 01300.000419  
11897.301844 2 9801000033127  
ID do Documento: 60.889.128/0001-80 -  
Instituição Emisora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: BANCO SOTISA S/A  
Razão Social: BANCO SOTISA S/A  
CNPJ/CPF: 60.889.128/0001-80

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASS. BENEF. STA. TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 07/08/2024  
Data de Pagamento: 07/08/2024  
Valor Original: R\$ 331,27  
Valor Pago: R\$ 331,27  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Rápido: R\$ 331,27

Autenticação Documento:  
0597243735272680109311530

Operação Unicred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capital e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
COVIDORXA 0800 840 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 14</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 331,27 Valor Unit.: R\$ 331,27		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 14</b>		
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 331,27	Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		


### Prestação de Contas - Completa


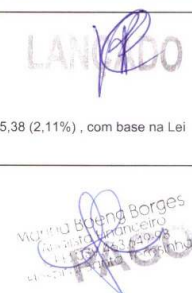
#### Despesa 15

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 209 - 04/07/2024  
Favorecido: 30.013.670/0001-03 - Baveldi Serviços Medicos Ltda  
Endereço: Rua Bernardo Locks Nº148 , Centro - Braço do Norte  
Observação:

Comprovante da despesa 15 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE</b> NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota									
		209									
	Data da emissão da nota	04/07/2024 16:25:14									
	Data do fato gerador	04/07/2024 16:25:14									
Código de verificação		RYHB43EGC									
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>											
Nome fantasia: BALVEDI SERVICOS MEDICOS Nome/Razão social: BALVEDI SERVICOS MEDICOS LTDA CPF/CNPJ: 30.013.670/0001-03    Inscrição municipal: 11717    Inscrição estadual:    Telefone: (48) 3658-3662 Endereço: R RUA BERNARDO FRANCISCO LOCKS Número: 148 Bairro: Centro CEP: 88750-000    Celular: (48) 99188-1227 Complemento: SALA 211 Município: Braço do Norte    UF: SC E-mail: clinicabalvedi@gmail.com    Site:											
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>											
Nome fantasia: Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64    Inscrição municipal: 3186    Inscrição estadual: Endereço: JACÓ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000 Complemento: Município: Braço do Norte    UF: SC E-mail: sbst@matrix.com.br    Telefone: (48) 3658-2244    Celular: (48) 99902-1425											
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>											
	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS						
PRODUÇÃO DESFECHO 06/2024 - DR. MICHEL BALVEDI .	255,0000	1,0000	255,0000	255,00x4,00 =	10,20						
<b>Forma de Pagamento</b>											
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	255,00								
<b>RETENÇÕES FEDERAIS</b>											
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						
<b>Valor bruto = R\$ 255,00</b>			<b>Valor líquido = R\$ 255,00</b>								
Códigos dos serviços: 04.01 - Medicina e biomedicina.											
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)							
0,00	0,00	0,00	255,00	10,20							
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>											
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\$ 34,30 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 5,38 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT											



Verificar autenticidade

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 15 - Página 2 de 2.

30/07/2024, 17:49

Unicred - Internet Banking

30/07/2024 17:49:09  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2211599 Usuário: RENATO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Conta Débito: 2211599  
Creditado: BALVEDI SERVICOS MEDICOS  
Cooperativa: 566  
Conta Crédito: 72923  
Finalidade: Crédito em Conta  
Data: 30/07/2024  
Valor: R\$ 255,00  
-----

Autenticação Documento:  
360767439352822650301431814  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 15</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 255,00 Valor Unit.: R\$ 255,00		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 15</b>		
Vencimento: 30/07/2024	Valor: 255,00	Pagamento: 30/07/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 16 - Página 2 de 4.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 00190.00009 03341.246001  
00081.940173 2 97960000049245  
ID do Documento: 10.972.948/0001-62 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA  
Razão Social: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA ME  
CNPJ/CPF: 10.972.948/0001-62

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 02/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 492,45  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 492,45

Autenticação Documento:  
064797335362422630109311532

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 16 - Página 3 de 4.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 03341.246001  
00081.941171 5 98030000049245  
ID do Documento: 10.972.948/0001-62 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA  
Razão Social: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATACADISTA LTDA ME  
CNPJ/CPF: 10.972.948/0001-62

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 09/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 492,45  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 492,45

-----  
Autenticação Documento:  
768787335362422630109311531

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 16 - Página 4 de 4.

https://novounicredinternet-e-unicred.com.br/unicred-internetbanking/monitoramento?hashlole=1bc70bce-2ca4-460c-943a-bd4da4db2440&aula... 6/25

02/08/2024 13:55  
Unicred - Internet Banking  
02/08/2024 13:54:53  
UNICRED CENTRO-SUL  
Comprovante de Pagamento de Título  
Conta: 221599  
Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 00190.00009 03341.246001  
ID do Documento: 10.972.948/0001-62 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.  
Beneficiário: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
Nome Fantasia: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
Razão Social: BRAZMIX COMERCIO VAREJISTA E  
ATFACADISTA LTDA  
Razão Social: ATFACADISTA LTDA ME  
ATFACADISTA LTDA  
Nome Fantasia: ATFACADISTA LTDA  
Sacador/Avalista  
Razão Social:  
Razão Social:  
GNPJ/CPF:  
Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
GNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64  
Pagador Final  
Razão Social:  
Razão Social:  
GNPJ/CPF:  
86.437.845/0001-64  
86.437.845/0001-64  
Data de Vencimento: 16/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 492,45  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 492,45  
-----  
Autenticação Documento: 561777335362422630109311530  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 16	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 492,45 Valor Unit.: R\$ 492,45 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 492,45 Valor Unit.: R\$ 492,45 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 492,45 Valor Unit.: R\$ 492,45 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 16	
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 1.477,35 Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

**Prestação de Contas - Completa**

**Despesa 17**

Processo Contratação: Não se aplica  
 Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
 Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 35410 - 05/07/2024  
 Favorecido: 31.673.254/0015-08 - Laboratórios B. Braun S.A.  
 Endereço:  
 Observação:

Comprovante da despesa 17 - Página 1 de 2.

**B BRAUN** LABORATORIOS B.BRAUN S.A.  
 R. Bento Giro, 535  
 São Luis  
 Canoas - RS  
 FONE: 050-922-7286 CEP: 92-420-030

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 Nota Fiscal Eletrônica  
 0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
**Nº 35410**  
**SÉRIE 0**  
 1 / 1

4334 0731 6732 5400 1506 5500 0000 0354 1019 1061 3907  
 Comissão de autenticidade no portal nacional da NF-e  
 www.danfe.inf.br/portal em no site da Sefaz Autorizadora

MATÉRIA DE OPERAÇÃO: VIGIÇA  
 REGISTRO ESTADUAL: 0240534875  
 REG. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: 31.673.254/0015-08

INFORMAÇÕES DE EMISSÃO:  
 DATA DA EMISSÃO: 05/07/2024  
 DATA DE ENTRADA/SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 HORA DE SAÍDA: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA:  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE RETIRADA:  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_

VALORES: Valor: 0495,00 Valor: R\$ 1.381,00

VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.381,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.381,00

**UNIDADES DO PRODUTO**

CODIGO	DESCRICAO DO PRODUTO	CFOP	LOTE	NCM/SH	CSF	UNID.	QTD.	PESO	V. UNITARIO	V. TOTAL	DESCONTO	ICMS	ICMS	IPF
1506	ESTRUTURA PRATICA DE VIGIÇA	4108	238848X1	9101920	749	PC	20,0000	0,049	69,0500	1.381,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**  
 Emitido em 04/07/2024 - 20:07:34 - Emitido Logoff: Fluz Jacob Batista Chirco 1370 Hospital  
 88701-000 BRAÇO DO NORTE Santa Catarina, SC. Rua da CM&S de acordo com Contrato 1 e 5 de  
 1995 (premiado através da Caixa 1100001 - Saída Tributável com Alíquota Zero (LRF 01:  
 0000051956; Preenchido: 007241882)

**Assinaturas:**  
 Autorizador: Cláudio E. Sombrio  
 Ass: Cláudio E. Sombrio  
 Ass: Quelen Domingos  
 Ass: Quelen Domingos

**COTACAO BIONEXO**  
 Ass: Quelen Domingos  
 CPF: 16150

53,16

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 17 - Página 2 de 2.

02/08/2024, 13:55

Unicred - Internet Banking

02/08/2024 13:54:54  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 34191.09222 24838.512937  
80351.570009 2 97980000138100  
ID do Documento: 31.673.254/0001-02 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: LABORATORIO B BRAUN  
Razão Social: LABORATORIO B BRAUN  
CNPJ/CPF: 31.673.254/0001-02

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICIENTE SANTA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 04/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 1.381,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 1.381,00

Autenticação Documento:  
369737435362422630109311532  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 17		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.381,00	Valor Unit.: R\$ 1.381,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 17		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 1.381,00	Pagamento: 02/08/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

### Prestação de Contas - Completa


#### Despesa 18

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 9 - 10/07/2024  
Favorecido: 50.091.595/0001-06 - Cedor Centro de Tratamento da Dor e Serviços Médicos Ltda  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 18 - Página 1 de 2.

11/07/2024, 09:18

NF-em Impressão

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS - ELETRÔNICA (Nf-em) (CONVERSÃO DO RPS Nº 11 SÉRIE 1, EMITIDO EM 10/07/2024)		Número da NF-em <b>9</b>	
			Data e Hora de Emissão <b>10/07/2024 15:33</b>	
			Código de Verificação <b>2BA528CE-C10A-54C9-25F8-A83DDE41A973</b>	
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ:	<b>50.091.595/0001-06</b>	Inscrição Municipal:	<b>1864034</b>	
Razão Social:	<b>CENDOR - CENTRO DE TRATAMENTO DA DOR SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
Nome Fantasia:	<b>CENDOR - CENTRO DE TRATAMENTO DA DOR SERVICOS MEDICOS LTDA</b>			
Endereço:	<b>ARMANDO ANDRADE 97 - BOM RETIRO</b>			
CEP:	<b>89223-066</b>	Inscrição Estadual:		
Município:	<b>JOINVILLE</b>	Estado:	<b>SC</b>	
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ:	<b>86.437.845/0001-64</b>	Inscrição Municipal:		
Nome/Razão Social:	<b>ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA</b>			
Endereço:	<b>BRAÇO DO NORTE 1370 - CENTRO</b>			
CEP:	<b>88750-000</b>	Inscrição Estadual:		
Município:	<b>BRACO DO NORTE</b>	Estado:	<b>SC</b>	
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Nota referente aos serviços médicos prestados no município de Braço do Norte/SC, sendo os plantões realizados pelo Dr. Andrew Bonifácio Ferreira (CRM/SC: 30424).				
Empresa Optante pelo Simples Nacional, não gera direito a crédito fiscal. ISSQN alíquota 2,01% devido no município do prestador - Joinville/SC - e recolhido via PGDAS.				
DADOS BANCÁRIOS: Banco: 077 - Inter Agência: 0001-9 Conta: 28556492-7				
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 135,00</b>				
Código do Serviço: <b>4.03</b> - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros.				
Valor Retenções (R\$)	Base Cálculo ISS (R\$)	Alíquota ISS (%)	Valor do ISS (R\$)	
<b>0,00</b>	<b>135,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>0,00</b>	
PIS ( 0,00 %)	COFINS ( 0,00 %)	INSS ( 0,00 %)	IR ( 0,00 %)	CSLL ( 0,00 %)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
<b>Contribuinte Optante do Simples Nacional</b> Esta NF-em foi gerada com fundamento na Lei Complementar Municipal n. 286, de 21 de novembro de 2008, regulamentada pelo Decreto Municipal n. 30.798, de 08 de março de 2018. - Esta NF-em substitui o RPS Nº 11 Série 1, emitido em 10/07/2024.				

LANÇADO  
Hospital Santa Teresinha

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 18 - Página 2 de 2.

30/07/2024, 17:49

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação  
ID/Transação: E000758472024073020375337223  
9941  
Valor do Pix: R\$ 135,00  
Data da transferência: 30/07/2024  
Data/Hora da operação: 30/07/2024 17:53:03  
Descrição: -  
-----

Dados do recebedor  
Instituição: BANCO INTER  
Nome: CENDOR CENTRO DE TRATAMENTO DA DO  
CPF/CNPJ: \*\*.91.595/0001-\*\*  
-----

Dados do pagador  
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703

Demais regiões 0800 200 7302

No exterior +55 11 3003 7703

SAC 0800 647 2930

OUIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 18</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 135,00 Valor Unit.: R\$ 135,00		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 18</b>		
Vencimento: 30/07/2024	Valor: 135,00	Pagamento: 30/07/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		





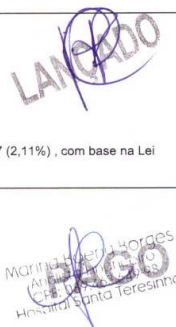
### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 19

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 36 - 10/07/2024  
Favorecido: 49.553.556/0001-02 - RUV Serviços Médicos Ltda  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 19 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1 / 1

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE  NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS  PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</p>	Número do RPS	Número da nota					
		36					
	Data da emissão da nota	10/07/2024 10:07:26					
	Data do fato gerador	10/07/2024 10:07:26					
	Código de verificação	R8RTRPKKU					
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>							
Nome fantasia: Nome/Razão social: RUV SERVIÇOS MEDICOS LTDA CPF/CNPJ: 49.553.556/0001-02 Inscrição municipal: 12745 Endereço: R SETE DE SETEMBRO Número: 680 Bairro: INSS CEP: 88750-000 Complemento: Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: robertox_bn@hotmail.com Site:							
Inscrição estadual: Telefone: (48) 99617-0515 Celular: (48) 99617-0515							
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>							
Nome fantasia: Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Endereço: RUA JACOB BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: CENTRO CEP: 88750-000 Complemento: Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: financeiro@hospitalsantateresinha.org.br							
Inscrição estadual: Telefone: Celular:							
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>							
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS		
DESFECHO HORA PLANTAO PS 04/2024 .	60,0000	1,0000	60,0000	x =			
<b>Forma de Pagamento</b>							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		A vista	60,00				
<b>RETENÇÕES FEDERAIS</b>							
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		
<b>Valor bruto = R\$ 60,00</b>			<b>Valor líquido = R\$ 60,00</b>				
Códigos dos serviços: 04.01 - Medicina e biomedicina.							
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)			
0,00	0,00	0,00					
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>							
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 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Situação desta NFS-e: Normal Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional. Valor aproximado do tributo federal - R\$ 8,07 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 1,27 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT					 Verificar autenticidade		
							

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 19 - Página 2 de 2.

30/07/2024, 17:49

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

-----  
Dados da transação  
ID/Transação: E000758472024073020370951516  
1463  
Valor do Pix: R\$ 60,00  
Data da transferência: 30/07/2024  
Data/Hora da operação: 30/07/2024 17:59:53  
Descrição: -  
-----  
Dados do recebedor  
Instituição: BANCO INTER  
Nome: RUV SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: \*\*.53.556/0001-\*\*  
-----  
Dados do pagador  
Instituição: CC UNICRED CENTRO-SUL LTDA - U  
ICRED CENTRO-SUL  
Nome: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: \*\*.37.845/0001-\*\*  
-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
  
SAC 0800 647 2930  
  
OUVIDORIA 0800 940 0602  
-----

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 19</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 60,00 Valor Unit.: R\$ 60,00		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 19</b>		
Vencimento: 30/07/2024	Valor: 60,00	Pagamento: 30/07/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 20

Processo Contratação: Não se aplica

Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato


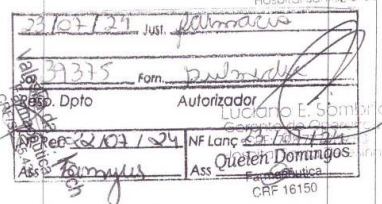
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 173709 - 18/07/2024

Favorecido: 09.944.371/0001-04 - Sulmedic Comércio de Medicamentos Ltda

Endereço:

Observação:

Comprovante da despesa 20 - Página 1 de 2.

 <p><b>medicamentos L.L.L.A</b>                  Av. Santos Dumont, 1385                  Santa Antônia Cep:89219-105                  Joinville/SC                  Fone: 4734738845</p>		NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA		CHAVE DE ACESSO DA NF-E 4224 0709 9443 7100 0104 5500 1000 1737 0916 1894 6391	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 242240086957149 18/07/2024 18:22:10-03:00			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 255642407		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ/CPF 09.944.371/0001-04	
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		CNPJ/CPF 86.437.845/0001-64		DATA DE EMISSÃO 18/07/2024	
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370		BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 88750-000	
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE		FONE/FAX 4836582244		UF SC	
FATURA 001 17/08/2024 997,12		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA ENTRADA/SAÍDA 18:17:00	
CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 997,12		VALOR DO ICMS 169,51	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 997,12
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA 997,12					
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL SAO GABRIEL TRANSPORTES EIRELI - ME		FRETE POR CONTA 0-REMETENTE	CÓDIGO ANTI FLACA DO VEÍCULO	UF SC	CNPJ/CPF 15.488.297/0009-00
ENDEREÇO R R HENRIQUE DO REGO ALMEIDA, SN QUADRABE		MUNICÍPIO PALHOÇA	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL 258389265	
QUANTIDADE 8		ESPECIE CX	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 146,957
PESO LIQUIDO 142,080					
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO					
COD. PROD ML0448	DESCRIÇÃO DO PROD.SERV. SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA - GLICOSE+ CLOR.SODIO-SOL.INJ.1FR.1000ML-FRESE NIUS(POS) (UV.16) LOTE:74TC1500 - Val:25/02/2026, Fab : 25/03/2024	NCMESH 30049099	CST 500	CFOP 5102	UN FR
QUANT. 128,0000	V.UNITARIO 7,7900	V.TOTAL 997,12	B.C. ICMS 997,12	V. ICMS 169,51	V. IPI 0,00
A. ICMS 17,00%	A. IPI 0,00%				
 <p>Ass: <b>Luciano E. Sommariva</b>                  CPF 16150</p>					
CALCULO DO ISSQN					
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 93184		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
DADOS ADICIONAIS					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANÁLISE, SOLICITAR POR E-MAIL: qualidade@sulmedic.com Protocolo: 242240086957149 Pedido: 176279   354842224			RESERVADO AO FISCO		
<p>NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES</p>					

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 20 - Página 2 de 2.

https://novoucredinternet.e-uncred.com.br/uncred-internetbanking/monitoramento?hashLoie=1bc70bce-2ca4-460c-943a-dbd4da4db2440&au... 25/25

02/08/2024 13:55  
Uncred - Internet Banking  
02/08/2024 13:54:55  
UNICRED CENTRO-SUL  
Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599  
Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 03399.00821 96100.000007  
14570.001017 1 98130000099712  
ID do Documento: 09.944.371/0001-04 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: SULMEDIC COMERCIO DE  
MEDICAMENTOS LTDA EPP  
Razão Social: SULMEDIC COMERCIO DE  
MEDICAMENTOS LTDA E  
CNPJ/CPF: 09.944.371/0001-04

Sacador/Validista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 19/08/2024  
Data do Pagamento: 02/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 997,12  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 997,12

Autenticação Documento: 564777335362422630109311531

Cooperado Uncred, utilize o Débito Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 20</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 997,12 Valor Unit.: R\$ 997,12		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 20</b>		
Vencimento: 02/08/2024	Valor: 997,12	Pagamento: 02/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		



## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 21 - Página 2 de 2.

07/08/2024, 16:47

Unicred - Internet Banking

07/08/2024 16:46:38  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 00190.00009 01697.050001  
00753.108174 1 98090000074162  
ID do Documento: 94.516.671/0001-53 -  
Instituição Emissora: BCO DO BRASIL S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SANTA CRUZ  
COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.  
Razão Social: CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
DE PRODUTOS HOSPITAL  
CNPJ/CPF: 94.516.671/0001-53

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINH  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 15/08/2024  
Data do Pagamento: 07/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 741,62  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 741,62

-----  
Autenticação Documento:  
461757437352722680109311535

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602



### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 21</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 741,62 Valor Unit.: R\$ 741,62		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 21</b>		
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 741,62	Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		


### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 22

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 51 - 29/07/2024  
Favorecido: 49.114.989/0001-53 - IHC Serviços Médicos Ltda  
Endereço: Rua João Ramiro Machado 169 Orleans-SC  
Observação:

Comprovante da despesa 22 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

 <b>PREFEITURA DE ORLEANS</b> Secretaria de Administração e Finanças Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número do RPS	Número da nota
	29/07/2024 21:27:56	
	Data da emissão da nota	
	29/07/2024 21:27:56	
Data do fato gerador		
Código de verificação		
EZPWA1DBV		

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA.  
Nome/Razão social: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 49.114.989/0001-53 Inscrição municipal: 28575 Inscrição estadual:  
Endereço: R. JOAO RAMIRO MACHADO Número: 169 Bairro: Centro CEP: 88870-000 Telefone:  
Complemento: Celular:(48) 99907-2986  
Município: Orleans UF: SC Site:  
E-mail: ihc.servicosmedicos@gmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: Inscrição estadual:  
Endereço: INFORMADA NO COMPLEMENTO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000  
Complemento: RUA : JACOB BATISTA ULIANO  
Município: Braço do Norte UF: SC  
E-mail: Telefone: Celular:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor unitário	Qty	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
PRODUÇÃO DESFECHO 08/2024.	1.095,0000	1,0000	1.095,0000	1.095,00x2,01 =	22,01

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	1.095,00								

**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\$ 1.095,00**      **Valor líquido = R\$ 1.095,00**

Códigos dos serviços:  
04.01 - Medicina e biomedicina.



Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	1.095,00	22,01

**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 000/0000.  
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\$ 147,28 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 23,10 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 22 - Página 2 de 2.

13/08/2024, 16:33

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

13/08/2024 16:33:24  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Conta Débito: 2211599  
Creditado: IHC SERVICOS MEDICOS  
Cooperativa: 566  
Conta Crédito: 5651638  
Finalidade:  
Data: 30/07/2024  
Valor: R\$ 1.095,00  
-----

Autenticação Documento:  
0566221159920240730500166  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 22		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 1.095,00	Valor Unit.: R\$ 1.095,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 22		
Vencimento: 30/07/2024	Valor: 1.095,00	Pagamento: 30/07/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		


### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 23

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 52 - 29/07/2024  
Favorecido: 49.114.989/0001-53 - IHC Serviços Médicos Ltda  
Endereço: Rua João Ramiro Machado 169 Orleans-SC  
Observação:

Comprovante da despesa 23 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

 <b>PREFEITURA DE ORLEANS</b> Secretaria de Administração e Finanças Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e	Número do RPS	Número da nota									
	Data da emissão da nota										
	Data do fato gerador										
	Código de verificação										
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>											
Nome fantasia: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA. Nome/Razão social: IHC SERVIÇOS MÉDICOS LTDA CPF/CNPJ: 49.114.989/0001-53 Inscrição municipal: 28575 Endereço: R JOAO RAMIRO MACHADO Número: 169 Bairro: Centro CEP: 88870-000 Complemento: Município: Orleans UF: SC E-mail: ihc.servicosmedicos@gmail.com Site:											
Inscrição estadual: Telefone: Celular: (48) 99907-2986											
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>											
Nome fantasia: HOSPITAL SANTA TERESINHA Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA CPF/CNPJ: 86 437 845/0001-64 Inscrição municipal: Endereço: INFORMADA NO COMPLEMENTO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000 Complemento: RUA : JACOB BATISTA ULIANO Município: Braço do Norte UF: SC E-mail: Telefone: Celular:											
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>											
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS						
PAGAMENTO PLANTÃO 06/2024	5.750,0000	1,0000	5.750,0000	5.750,00x2,01=	115,58						
<b>Forma de Pagamento</b>											
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	5.750,00								
<b>RETENÇÕES FEDERAIS</b>											
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\$ 5.750,00			Valor líquido = R\$ 5.750,00								
Códigos dos serviços: 04.01 - Medicina e biomedicina.											
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)							
0,00	0,00	0,00	5.750,00	115,58							
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>											
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 000/0000. 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\$ 773,38 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 121,32 (2,11%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT										 Verificar autenticidade	


## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 23 - Página 2 de 2.

13/08/2024, 16:34

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

13/08/2024 16:34:24  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Conta Débito: 2211599  
Creditado: IHC SERVICOS MEDICOS  
Cooperativa: 566  
Conta Crédito: 5651638  
Finalidade:  
Data: 30/07/2024  
Valor: R\$ 5.750,00  
-----

Autenticação Documento:  
0566221159920240730500164  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 23		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 5.750,00	Valor Unit.: R\$ 5.750,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 23		
Vencimento: 30/07/2024	Valor: 5.750,00	Pagamento: 30/07/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		


### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 24

Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal - 218 - 30/07/2024  
Favorecido: 30.013.670/0001-03 - Baveldi Serviços Medicos Ltda  
Endereço: Rua Bernardo Locks Nº148 , Centro - Braço do Norte  
Observação:

Comprovante da despesa 24 - Página 1 de 2.

Esta nota fiscal foi assinada digitalmente utilizando um certificado ICP-Brasil. Página 1/1

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BRAÇO DO NORTE NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Número do RPS	Número da nota
	218	
	Data da emissão da nota	
	30/07/2024 14:40:04	
Data do fato gerador		30/07/2024 14:40:04
Código de verificação		
IVZXSSDQH		

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: BALVEDI SERVICOS MEDICOS  
Nome/Razão social: BALVEDI SERVICOS MEDICOS LTDA  
CPF/CNPJ: 30.013.670/0001-03 Inscrição municipal: 11717  
Endereço: R RUA BERNARDO FRANCISCO LOCKS Número: 148 Bairro: Centro CEP: 88750-000  
Complemento: SALA 211  
Município: Braço do Norte UF: SC  
E-mail: clinicabalvedi@gmail.com Site:

Inscrição estadual:  
Telefone: (48) 3658-3662  
Celular: (48) 99188-1227

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
Nome/Razão social: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CPF/CNPJ: 86.437.845/0001-64 Inscrição municipal: 3186 Inscrição estadual:  
Endereço: JACÓ BATISTA ULIANO Número: 1370 Bairro: Centro CEP: 88750-000  
Complemento:  
Município: Braço do Norte UF: SC  
E-mail: sbst@matrix.com.br Telefone: (48) 3658-2244 Celular: (48) 99902-1425

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
2.875,0000	1,0000	2.875,0000	2.875,00x4,00 =	115,00

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	2.875,00								

**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

**Valor bruto = R\$ 2.875,00**      **Valor líquido = R\$ 2.875,00**

Códigos dos serviços:  
04.01 - Medicina e biomedicina.


Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	2.875,00	115,00

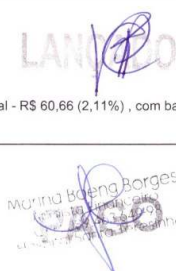
**OUTRAS INFORMAÇÕES**

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\$ 386,69 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 60,66 (2,11%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

  
Verificar autenticidade





## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 24 - Página 2 de 2.

30/07/2024, 17:49

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

30/07/2024 17:49:09  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Transferência entre Contas

Conta: 2211599 Usuário: RENATO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Conta Débito: 2211599  
Creditado: BALVEDI SERVICOS MEDICOS  
Cooperativa: 566  
Conta Crédito: 72923  
Finalidade: Crédito em Conta  
Data: 30/07/2024  
Valor: R\$ 2.875,00  
-----

Autenticação Documento:  
461777439352822650301431814  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 24		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE	Valor Total: R\$ 2.875,00	Valor Unit.: R\$ 2.875,00
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
Pagamentos da despesa 24		
Vencimento: 30/07/2024	Valor: 2.875,00	Pagamento: 30/07/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

Despesa 25

Processo Contratação: Não se aplica

Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato

Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 13233 - 01/08/2024

Favorecido: 05.888.881/0001-42 - Hominum Comercio de Produtos para Saude Ltda


Endereço:

Observação:

Comprovante da despesa 25 - Página 1 de 2.

RUF (LIMITE DE DIÁRIOS DE COMBUSTÍVEL PROIBIDOS PARA NAVIGAR) LÍMITE DE PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA (NFE) (LADO)		DATA DE RECEBIMENTO	NF-e
IDENTIFICAÇÃO ASSINATURA DO RECEBEDOR	JUSTINATIVAS	ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	Nº 13233
		VLR TOTAL NOTA	SÉRIE 1
		RS 1.290,00	

 <b>HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA</b> AV GOVERNADOR ADOLFO KONDER, 231 - CAMPINAS - Sao Jose, SC - CEP: 88101400 - Fone: 4832470555		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída	Nº. 13233 SÉRIE: 1 FOLHA 1/1
CHAVE DE ACESSO 4224 0805 8888 8100 0142 5500 1000 0132 3317 1534 1697		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora	

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTEÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
5102 VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE	242240104840950 01/08/2024 16:09:01
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUPR. TRIB.
254641989	05.888.881/0001-42
DESTINATÁRIO/EMITENTE	
ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	
CNPJ	DATA DA EMISSÃO
86.437.845/0001-64	01/08/2024
ENDEREÇO	
R JACOB BATISTA ULIANO, 1370	
Bairro/Distrito	CEP
CENTRO	88750000
MUNICÍPIO	DATA DA ENTRADA SAÍDA
BRACO DO NORTE	01/08/2024
FONE FAX	UF
04836582244	SC
INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA ENTRADA SAÍDA
ISENTO	16:07:00

FATURA/IMPULSA	
Fat nº: 1367 / Valor Orig.: 1.290,00 / Valor Liq.: 1.290,00 Dup. nº: 001, Venc.: 31/08/2024, Valor: 645,00	
Fat nº: 1367 / Valor Orig.: 1.290,00 / Valor Liq.: 1.290,00 Dup. nº: 002, Venc.: 15/09/2024, Valor: 645,00	

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS
0,00	0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST
0,00	0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.290,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO
0,00	0,00
DESCUNTO	OUTRAS DESPESAS
0,00	0,00
VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	1.290,00

TRANSPORTADOR(S) OU USUÁRIO(S) TRANSPORTADOS	
REUNIDAS TRANSPORTADORA ROBOVIARIA DE CARGAS S.A - EM RECUPÉ	
TIPO DE CONTRATO	TIPO DE CONTRATO
0 - Remetente	
PLACA DE VEÍCULO	UF
	83.083.428/0001-72
ENDEREÇO	
RUA DR. HERCULANO COELHO DE SOUZA, 555	
MUNICÍPIO	UF
CACADOR	SC
INSCRIÇÃO ESTADUAL	
250568837	
QUANTIDADE	TIPO DE PROD
2	CAIXAS
MARKA	PESO BRUTO
	5,000
PESO LÍQUIDO	

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD	VLR UNIT	DESC	VLR TOTAL	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
EE060706	EQUIPO AMISET EA 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) L: FEA 248007001311920 Vol: 01/02/2027	90189099	0102	5102	UN	100,000	12,90	0,00	1.290,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

COTAÇÃO BIONEXO  
Quelen Domingos  
Ass: Farmacêutica  
CRF 16150

06/05/24 Just. *farmacia*  
39500 Forn. *Quelen Domingos*  
Dpto 1 Autorizador *Luciano E. Sombik*  
05/08/24 NF *Luciano E. Sombik*  
Ass *Quelen Domingos*  
Farmacêutica  
CRF 16150

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR FISCAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
RESERVADO AO FISCO			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOCUMENTO EMITIDO POR NFE OU FPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL E NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E DE IPI ORDEM DE COMPRA N. 49.43 - ENVIADO POR GISELENE - BOLETO - PI CAIXA REUNIDAS - COTAÇÃO N. 2083341 - R3 42.16 VLR Anos Tributos R\$ 113,51 (3,45%) e IPI e R\$ 43,86 (3,40%) Estadual - Fonte: IPIPT			

SIGE Cloud Emissor Fiscal - www.sigecloud.com.br

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 25 - Página 2 de 2.

07/08/2024, 16:47

Unicred - Internet Banking

07/08/2024 16:46:38  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA  
-----  
Código de Barras: 74891.12420 01243.902267  
15139.601023 5 98250000064500  
ID do Documento: 05.888.881/0001-42 -  
Instituição Emissora: BCO COOPERATIVO  
SICREDI S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS  
P  
Razão Social: HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS P  
CNPJ/CPF: 05.888.881/0001-42

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 31/08/2024  
Data do Pagamento: 07/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 645,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 645,00  
-----

Autenticação Documento:  
661737437352722680109311535  
-----

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas  
-----

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 25</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 645,00 Valor Unit.: R\$ 645,00		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 25</b>		
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 645,00	Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

Prestação de Contas - Completa

**Despesa 26**  
Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 195900 - 02/08/2024  
Favorecido: 05.782.733/0001-49 - Ciamed Distribuidora de Medicamentos  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 26 - Página 1 de 2.

**CIAMED** CIAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS DANFE  
RUA SEVERINO AUGUSTO PRETTO Nº: 560 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA  
ENCANTADO - RS Insc. Estadual do Subst. Tributário CNPJ: 05.782.733/0001-49  
Fone: (51)3751-8300 CEP: 95960-000  
Nº: 195900 SÉRIE: 1 FL: 1 / 2  
CHAVE DE ACESSO: 4324 0805 7827 3300 0149 5500 1000 1959 0010 1188 5112

NATURZA DA OPERAÇÃO: Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros, dest  
INDICAÇÃO ESTADUAL: 0370037758 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: CNPJ: 05.782.733/0001-49  
PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 243240082374547 02/08/2024 15:42:38

DESTINATÁRIO REMETENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64 DATA DA EMISSÃO: 02/08/2024  
ENDEREÇO: RUA JACOB BATISTA ULIANO 1370, -- CENTRO SC INSCRIÇÃO ESTADUAL: 88750-000 DATA DA ENTRADA SAÍDA: 02/08/2024  
MUNICÍPIO: BRAÇO DO NORTE FONE/FAX: (48)3658-9400 UF: SC HORA DE ENTRADA SAÍDA: 15:42

BASE DE CÁLCULO DO ICMS VALOR DO ICMS VALOR DO ICMS ST VALOR DO ICMS ST VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
1.181,88 141,82 0,00 0,00 1.181,88

TRANSPORTADOR: EXP. SAO MIGUEL LTDA. FRETE POR CONTA: CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: UF: CNPJ/CPF: 00.428.307/0001-98  
ENDEREÇO: R. PLINIO A. DE NES, 2180-D MUNICÍPIO: CHAPECO SC INSCRIÇÃO ESTADUAL: 252956787

FATURA DUPLICATA Nº: 195900  
FORMA DE PAGAMENTO: Pagamento à prazo Nº: 195900 VALOR ORIGINAL: 1.181,88 VALOR DE DESCONTO: 0,00 VALOR LÍQUIDO: 1.181,88  
NÚMERO ORDEM Nº: 001 VENCIMENTO: 02/08/2024 VALOR: 304,04 Nº: 002 VENCIMENTO: 30/08/2024 VALOR: 393,92 Nº: 003 VENCIMENTO: 06/09/2024 VALOR: 393,92

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	TOTAL BRUTO	VALOR DEB	VALOR LÍQUIDO	TOTAL LÍQUIDO	ICMS ST	VALOR ICMS ST	VALOR ST	ICMS ST	VALOR IPT	ALÍQUOTA	PI
8806	LUIVA CIRURGICA ESTERIL SENSITEX 6 X 1 P/EMBALAGEM COM 1 PAR DE LUVAS LUIVA CIRURGICA M/CAMBIO AMANTEB ENTRE 15 C.A.B. C. Trib. Imp. Int. Rec. 38,75 Faz e 50,24 Est. Favn. RFP: 2503 QTD: 200,000 VAL ID: 01-01-2026 FABRICAÇÃO: 01-01-2023	40151200	888	8108	PH	200,0000	1,4777	295,54	0,00	1,47	295,54	35,46	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00	
8807	LUIVA CIRURGICA ESTERIL SENSITEX 7 X 1 P/EMBALAGEM COM 1 PAR DE LUVAS LUIVA CIRURGICA M/CAMBIO AMANTEB ENTRE 15 C.A.B. C. Trib. Imp. Int. Rec. 38,75 Faz e 50,24 Est. Favn. RFP: 2503 QTD: 200,000 VAL ID: 01-01-2026 FABRICAÇÃO: 01-01-2023	40151200	888	8108	PH	200,0000	1,4777	295,54	0,00	1,47	295,54	35,46	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: RESERVADO AO FISCO

AMBIENTE DE PRODUÇÃO - Credenciado a emitir NFs. Consulte a validade no site da Secretaria da Fazenda.

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 26 - Página 2 de 2.

07/08/2024, 16:47

Unicred - Internet Banking

07/08/2024 16:46:38  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 34191.09008 05188.011463  
20783.360009 9 98170000039404  
ID do Documento: 05.782.733/0001-49 -  
Instituição Emissora: ITRÁ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIAMED DISTRIB DE MEDIC LTDA  
Razão Social: CIAMED DISTRIB DE MEDIC LTDA  
CNPJ/CPF: 05.782.733/0001-49

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA T  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 23/08/2024  
Data do Pagamento: 07/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 394,04  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 394,04

-----  
Autenticação Documento:  
660727437352722680109311539

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 26</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 394,04 Valor Unit.: R\$ 394,04		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 26</b>		
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 394,04	Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		



Prestação de Contas - Completa

Despesa 27



Processo Contratação: Não se aplica  
Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato  
Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 317795 - 02/08/2024  
Favorecido: 05.531.725/0001-20 - Somasc Produtos Hospitalares Ltda  
Endereço:  
Observação:

Comprovante da despesa 27 - Página 1 de 2.

Página 1 de 1

Recebemos de	SOMA/SC PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		os produtos da nota fiscal/duplicata indicada ao lado		NF-e
Data de Recebimento	Identificação e assinatura do receptor				No. 317795
					Serie 1

		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica			
SOMA/SC PRODUTOS HOSPITALARES LTDA Av. Genêrli Reinaldo Cordeiro, 391 Jardim Eldorado 88-133-500 Paltão - SC Fone/Fax: (48)3348-2829 CNPJ: 05.531.725/0001-20 Insc. Est.: 254.582.702		1-Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1 2-Entrada <input type="checkbox"/> No. 317795 Série 1		Chave de Acesso 4224.0805.5317.2500.0120.5500.1000.3177.9510.0554.0090 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	

Natureza de Operação	Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		Protocolo de autorização de uso	242240106808372
Inscrição Estadual	254.582.702	Inscr. Estadual do subst. Tribut.	CNPJ	05.531.725/0001-20

DESTINATÁRIO / REMETENTE					
Razão Social		ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA		CNPJ / CPF	86.437.845/0001-64
Endereço		RUA JACOB BATISTA ULIANO		Bairro / Distrito	CENTRO
Município		BRACO DO NORTE		UF	SC
Inscrição Estadual		ISENTO		CEP	88.750-000
Data Emissão		02/08/2024		Data de Entrada / Saída	
Fone / Fax		(48) 3658-2244		UF	SC
Inscrição Estadual		ISENTO		UF	SC

FATURA/DUPLICATA		317795-A		30/08/2024		471,75	
------------------	--	----------	--	------------	--	--------	--

DADOS DO PEDIDO		DADOS BANCÁRIOS	
Número	406361	Boleto Bancario	Banco Itau S/A Ag: 6243 C/C: 39950-5

CÁLCULO DO IMPOSTO							
Base de Cálculo do ICMS	471,75	Valor do ICMS	80,70	Base de Cálculo do ICMS Substituição	0,00	Valor do ICMS Substituição	0,00
Valor do Frete	0,00	Valor do Seguro	0,00	Valor do Desconto	0,00	Outras Despesas	0,00
				Valor do IPI	0,00	Valor Aprox de Tributos	135,09
				Valor Total dos Produtos	471,75	Valor Total da Nota	471,75

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS							
Razão Social	MULTISCV TRANSPORTES EIRELI		Frete por Conta	0-Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do Veículo	UF
Endereço	ROD BR 282 KM 376,4		Município	HERVAL D OESTE	UF	SC	CNPJ / CPF
Quantidade / Volumens	2	Espécie	Marca	Número	Peso Bruto (Kg)	Peso Líquido (Kg)	Cubagem Total
				3,750		3,750	0,019

ENDERECO DE ENTREGA							
Endereço		RUA JACOB BATISTA ULIANO		Bairro / Distrito	CENTRO		CEP
Município		BRACO DO NORTE		UF	SC		88.750-000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un.	Qtd.	Vlr. Unitário	Vlr. Total	BC ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	ICMS
11351	LIDOCAINA 2% S/V (20MG/ML) SML AMPOLA HYPOCAINA HYPOFARMA Lote: 2111087 Cod.Fabr: 89192 EAN13: 7898632914134 Reg.MS: 1038700390068 Dece: 30/11/2025 Fabr: 01/11/2023	30039053	000	5102	AMP	200,000	1,02000	204,000	204,000	34,68	0,00	17,00
10921	INOREFINERINA 2MG/ML (8MG/4ML) 4ML AMPOLA GNERICO HYPOFARMA Lote: 24020207 Cod.Fabr: 41010265 EAN13: 7898632914134 Reg.MS: 1038700600021 Dece: 28/02/2026 Fabr: 09/04/2024	30043999	000	5102	AMP	100,000	1,94000	194,000	194,000	32,98	0,00	17,00
12275	SONDA ENDOTRAQUEAL PVC CB 8.0 MEDIX Lote: 226438XC Cod.Fabr: 6926 EAN13: 7898632914134 Reg.MS: 8949510045 Dece: 30/11/2022 Fabr: 30/10/2022	90183921	200	5102	UN	25,000	2,95000	73,75	73,75	12,54	0,00	17,00

Banco do Brasil - AG 34150-0016-6889-8		COTAÇÃO BIONEXO	
Informações Complementares PEDIDO ID 35659905 COTAÇÃO 2680 Convênio: Cerbranone Decreto: Obs.Fiscal: Alíquota 0% de PIS e COFINS cfe. artigo 1º - anexo III - Decreto 6.426 de 07 de setembro de 2010 Produtos farmacêuticos Para. 1º art 21 e 22 - IN 1234/12 combinado com a lei 10.147/03		Reservado ao Fisco CPF 16150	

Assinatura: *Quelen Domingos*  
 Nome: Quelen Domingos  
 Cargo: Assistente Administrativo  
 CPF: 070.385.783-0  
 Hospital Santa Teresinha

RECLAMAÇÕES POR FALTA OU AVARIA DE MERCADORIA SERÃO ACEITAS APENAS COM RESSALVA NA FRENTE OU VERSO DO CTE

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 27 - Página 2 de 2.

08/08/2024, 15:52

Unicred - Internet Banking



Precisamos de sua revisão para as configurações de privacidade. [Verifique agora.](#)

08/08/2024 15:52:40  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

Código de Barras: 34191.12226 97186.906240  
33995.050003 1 98240000047175  
ID do Documento: 05.531.725/0001-20 -  
Instituição Emissora: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: SOMA SC PROD HOSPIT LTDA  
Razão Social: SOMA SC PROD HOSPIT LTDA  
CNPJ/CPF: 05.531.725/0001-20

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA T  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 30/08/2024  
Data do Pagamento: 08/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 471,75  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 471,75

Autenticação Documento:  
86479733336262690109311537

Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

<b>Itens da despesa 27</b>		
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 471,75 Valor Unit.: R\$ 471,75		
Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024		
<b>Pagamentos da despesa 27</b>		
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 471,75	Pagamento: 07/08/2024 Nº Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.		

### Prestação de Contas - Completa

#### Despesa 28

Processo Contratação: Não se aplica

Tipo Aquisição: Sem tipo aquisição - Contrato: Sem contrato


Tipo Doc.: Nota Fiscal Eletrônica - 38867 - 02/08/2024

Favorecido: 31.940.937/0001-70 - Cirurgica Sao Luis distribuidora de Medicação e Prod. Hospitalares Eireli

Endereço:

Observação:

Comprovante da despesa 28 - Página 1 de 2.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>Cirurgia São Luis</b> <b>CIR SAO LUIS DISTRIB DE MEDIC E PROD</b> R SAO LUIS, 666 LJ 101 - SANTANA - CEP:90620-170 - PORTO ALEGRE - RS TEL: (51)3085-2929		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº 000.038.867 fl. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 4324 0831 9409 3700 0170 5500 1000 0388 6710 0077 7346 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora										
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 243240082403767 02/08/2024 15:59:34										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 096/3753231		CNPJ / CPF 31.940.937/0001-70												
DESTINATÁRIO / REMETENTE														
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC BENEFICENTE SANTA TERESINHA (1000)			CNPJ / CPF 86.437.845/0001-64		DATA DA EMISSÃO 02/08/2024									
ENDEREÇO RUA JACOB BATISTA ULIANO, 1370			BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 88750-000									
MUNICÍPIO BRACO DO NORTE			FONE / FAX (48)3621-8800	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 16:04:00									
DUPLICATAS														
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR									
001	01/09/2024	925,00												
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.									
925,00		37,00	0,00		0,00									
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI									
0,00		0,00	0,00	0,00	0,00									
					VALOR TOTAL DA NOTA 925,00									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
RAZÃO SOCIAL EXPRESSO SAO MIGUEL LTDA			FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO									
ENDEREÇO AV WILLY EUGENIO FLECK 104			MUNICÍPIO PORTO ALEGRE	UF RS	CNPJ / CPF 00.428.307/0003-50									
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO									
1				3,000										
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO PROD. / I.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	ICST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ICMS IPI	ALÍQUOTAS
542	SALBUTAMOL AERODINI 100 MCG 200 DOSES FR - TEUTO - ALÍQUOTA ZERO PIS/COFINS NOS TERMOS DO ART. 2º LEI 10.147/2000 - C.P. ANVISA 1037000980033 - - LOTE: 07642759 - FAB. 06/02/2022 - VAL.: 06/02/2026 -	30049039	300	6108	FRASC	50,00	18,500000	925,00	0,00	925,00	37,00	0,00	4,00	0,00

06/08/24 Just. *farmax*  
39500 Forn. *Quelen Domingos*  
Ass. *Quelen Domingos*  
NF LANC. 05/08/24  
Ass. *Quelen Domingos*  
Farmácia  
CRF 16150

COTAÇÃO BIONEXO  
Ass. *Quelen Domingos*  
Farmácia  
CRF 16150

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMs da UF de Destino: R\$ 120,25 (Vendedor: CARINE ABREU) (Ref Interna: C44960-P38843-IdNF40211-PL6-V5-T12-FC(C))	RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE CIR SAO LUIS DISTRIB DE MEDIC E PROD HOSP EIRELI OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 02/08/2024 - DEST. / REM. ASSOC BENEFICENTE SANTA TERESINHA (1000) - VALOR TOTAL: R\$ 925,00		NF-e Nº 000.038.867 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

## Prestação de Contas - Completa

Comprovante da despesa 28 - Página 2 de 2.

08/08/2024, 15:52

Unicred - Internet Banking

08/08/2024 15:52:40  
UNICRED CENTRO-SUL

Comprovante de Pagamento de Título

Conta: 2211599 Usuário: PEDRO  
Cooperado: HOSPITAL SANTA TERESINHA

-----  
Código de Barras: 03399.33475 22200.000002  
15414.801017 3 98260000092500  
ID do Documento: 31.940.937/0001-70 -  
Instituição Emissora: BCO SANTANDER  
(BRASIL) S.A.

Beneficiário  
Nome Fantasia: CIRURGICA SAO LUIS  
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E  
Razão Social: CIRURGICA SAO LUIS  
DISTRIBUIDORA DE MEDI  
CNPJ/CPF: 31.940.937/0001-70

Sacador/Avalista  
Razão Social:  
CNPJ/CPF:

Pagador  
Nome: ASSOC BENEFICENTE SANTA TERESINHA  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Pagador Final  
CNPJ/CPF: 86.437.845/0001-64

Data de Vencimento: 01/09/2024  
Data do Pagamento: 08/08/2024  
Valor Nominal: R\$ 925,00  
Encargos: R\$ 0,00  
Descontos: R\$ 0,00  
Valor Pago: R\$ 925,00

Autenticação Documento:  
864797333362622690109311537

-----  
Cooperado Unicred, utilize o Débito  
Automático para pagamento de suas contas

-----  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO  
Capitais e regiões metropolitanas 3003 7703  
Demais regiões 0800 200 7302  
No exterior +55 11 3003 7703  
SAC 0800 647 2930  
OUVIDORIA 0800 940 0602

### Prestação de Contas - Completa

Itens da despesa 28	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 268,02 Valor Unit.: R\$ 268,02 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Qtd: 1,00 Un. Medida: UNIDADE Valor Total: R\$ 656,98 Valor Unit.: R\$ 656,98 Descrição: Referente pagamento plantão urgência e emergência 2024	
Pagamentos da despesa 28	
Vencimento: 07/08/2024	Valor: 925,00 Pagamento: 07/08/2024 N° Op. Bancária:
Arquivo do pagamento está junto com o comprovante da despesa.	

**BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS**

Prestação Número: 3		Data Prestação: 14/08/2024	Anexo TC-28
Órgão/Repartição: ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA			
Responsável: Pedro Michels Neto		CPF: ***.763.349-**	
Cargo: Presidente			
Ordem Pagto nº: 1242/2024	Data Pagto: 25/07/2024	Importância de: R\$ 19.792,52	
Empenho nº: 1287/2024	Data: 23/07/2024		
Histórico:	PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO HOSPITAL SANTA TERESINHA DE BRAÇO DO NORTE, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, NOS TERMOS DO CONVÊNIO Nº 2/2024. OBS.; PARCELAS 05 E 06/12.		
Ordem Pagto nº: 1242/2024	Data Pagto: 25/07/2024	Importância de: R\$ 19.792,52	
Empenho nº: 1287/2024	Data: 23/07/2024		
Histórico:	PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS AO HOSPITAL SANTA TERESINHA DE BRAÇO DO NORTE, PARA MANUTENÇÃO DO REGIME DE ATENDIMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA, NOS TERMOS DO CONVÊNIO Nº 2/2024. OBS.; PARCELAS 05 E 06/12.		

Nº	Data	Razão Social/Histórico	Nº do Doc.	Recebimentos	Pagamentos
1	25/07/2024	Parcela 5 - 1242/2024		19.792,52	
2	25/07/2024	Parcela 6 - 1242/2024		19.792,52	
3	30/07/2024	49.114.989/0001-53 IHC Serviços Médicos Ltda	51		1.095,00
4	30/07/2024	49.553.556/0001-02 RUV Serviços Médicos Ltda	36		60,00
5	30/07/2024	49.114.989/0001-53 IHC Serviços Médicos Ltda	52		5.750,00
6	30/07/2024	30.013.670/0001-03 Baveldi Serviços Medicos Ltda	218		2.875,00
7	30/07/2024	30.013.670/0001-03 Baveldi Serviços Medicos Ltda	209		255,00
8	30/07/2024	50.091.595/0001-06 Cedor Centro de Tratamento da Dor e Serviços Médicos Ltda	9		135,00
9	02/08/2024	00.339.246/0001-92 Londricir Comercio de Material Hospitalar Ltda	419317		650,28
10	02/08/2024	76.226.075/0001-57 Carvamay Com de Medic e Perf Ltda	1712		1.575,00
11	02/08/2024	10.972.948/0003-24 Brazmix comercio Varejista e Atacadista Ltda	3694		1.477,35
12	02/08/2024	10.972.948/0003-24 Brazmix comercio Varejista e Atacadista Ltda	280677		6.194,30
13	02/08/2024	94.516.671/0001-53 Cirurgica Santa Cruz Com Prod Hosp	411083		5.644,00
14	02/08/2024	05.531.725/0001-20 Somasc Produtos Hospitalares Ltda	314997		1.181,26
15	02/08/2024	09.944.371/0001-04 Sulmedic Comércio de Medicamentos Ltda	173709		997,12
16	02/08/2024	94.516.671/0001-53 Cirurgica Santa Cruz Com Prod Hosp	801129		2.487,04
17	02/08/2024	35.462.689/0001-50 Cobermed Sul Comercio de Materiais Ltda	3310		402,96
18	02/08/2024	82.873.068/0001-40 Genesio A Mendes e Cia	26871115		1.043,00
19	02/08/2024	10.854.165/0011-56 F&F distribuidora de Produtos Farmacêuticos Ltda	215358		466,69
20	02/08/2024	31.673.254/0015-08 Laboratórios B. Braun S.A.	34803		1.072,81
21	02/08/2024	31.673.254/0015-08 Laboratórios B. Braun S.A.	35410		1.381,00
22	02/08/2024	09.046.469/0001-36 Yelo Comercio de Materiais Hospitalares Ltda	12670		526,00
23	07/08/2024	05.531.725/0001-20 Somasc Produtos Hospitalares Ltda	317795		471,75
24	07/08/2024	11.206.099/0004-41 Supermed Comercio e Imp. de Produtos Med. e Hospitalar Ltda	683998		331,27
25	07/08/2024	31.940.937/0001-70 Cirurgica Sao Luis distribuidora de Medicação e Prod. Hospitalares Eireli	38867		925,00
26	07/08/2024	44.734.671/0022-86 Cristalia Produtos Quimicos Farmaceuticos Ltda	399819		214,98
27	07/08/2024	05.782.733/0001-49 Ciamed Distribuidora de Medicamentos	195900		394,04
28	07/08/2024	05.888.881/0001-42 Hominum Comercio de Produtos para Saude Ltda	13233		645,00
29	07/08/2024	94.389.400/0001-84 MCW Produtos Medicos E Hospitalares Ltda	585885		860,59

### BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS

30	07/08/2024	94.516.671/0001-53	Cirurgica Santa Cruz Com Prod Hosp	804615		741,62	
31	08/08/2024		Contrapartida		268,02		
					TOTAIS	39.853,06	39.853,06

Braço do Norte/SC, 14/08/2024.

Recurso recebido	39.585,04	
Saldo anterior	0,00	
Rendimentos	0,00	
Recursos próprios	268,02	Pedro Michels Neto - CPF: ***.763.349-**
Total entradas	39.853,06	Responsável
Pagamentos	39.853,06	
Devoluções	0,00	
Total saídas	39.853,06	
Recurso recebido não utilizado	0,00	Renato Uliano Perin - CPF: ***.537.899-**
Saldo	0,00	Tesoureiro/Contador

Reservado ao Controle - Município de Grão-Pará		
Recebi em __/__/____ esta prestação de contas, e os documentos conferem com o presente balancete, não apresentando nenhuma rasura, alteração ou falsificação.	Conferido e Lançado	Visto
Empenho Nº: _____ Data __/__/____	_____	_____
OP Nº: _____ Data __/__/____		



## RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO CUMPRIMENTO DO OBJETO

ASSOCIACAO BENEFICENTE SANTA TERESINHA	Termo de Colaboração
86.437.845/0001-64	00002/2024

<b>TIPO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:</b> Parcial
EXECUÇÃO DO CONVÊNIO DE: 27/03/2024 A 31/12/2024

<b>RELATÓRIO CONSUBSTANCIADO:</b>			
AÇÕES PROGRAMADAS/AÇÕES EXECUTADAS:(de acordo com proposto plano de trabalho)			
DESCRIÇÃO	PROGRAMADO (quantidade)	EXECUTADO	% EXECUÇÃO

Relatório de execução de atividades da Entidade, contendo especificamente relatório sobre a execução do objeto, bem como comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados.

<b>ASSINATURA</b>		
14/08/2024	_____	_____
DATA	NOME DO DIRIGENTE/REP. LEGAL	ASSINATURA