

# Oxigás Gases Industriais

Romen Comércio de Gases Industriais LTDA.

# NOTA FISCAL

# 005551

Rua Vitória Ropelato, 241  
RIO DO SUL  
Fone: (47) 98814-6314

Taboão

SANTA CATARINA  
CEP 89160-362

SAÍDA  ENTRADA

## SÉRIE 02

1ª VIA - Destinatário/Remetente  
2ª VIA - Fixa  
3ª VIA - Fisco/Destinatário  
4ª VIA - Fisco Emissor/Remetente  
DATA LIMITE PARA EMISSÃO  
00.00.00

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA FORA MT.</b>	CFOP <b>5104</b>	INSC. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>255.176.511</b>
---	---------------------	---	--

CNPJ <b>07.971.675/0001-27</b>
-----------------------------------

### DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOOME / RAZÃO SOCIAL <b>FUNÇAS MED. S.R. SANTA CATARINA</b>	CNPJ / CPF <b>83388551/0001-16</b>		
ENDEREÇO <b>JACOB MOMM</b>	BAIRRO / DISTRITO	CEP <b>88430 000</b>	
MUNICÍPIO <b>Petrolândia</b>	FONE / FAX	UF <b>SC</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>15670</b>

DATA DA EMISSÃO <b>06-11-23</b>
DATA DA SAÍDA/ENTRADA <b>06-11-23</b>
HORA DA SAÍDA

### DADOS DO PRODUTO *venc. 3-11-23*

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	Cl.	ONU	CLASSE	Nº DE RISCO	CST	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC.	VALOR TOTAL	ALIQ. ICMS
	Oxigênio Comprimido	Cl. 10m³	1072	2.2	25	09	m	30	20.00		600.00	
	Oxigênio Comprimido	Cl. 7m³	1072	2.2	25							
	Oxigênio Comprimido	Cl. 3m³	1072	2.2	25							
	Oxigênio Comprimido	Cl. 1m³	1072	2.2	25							
	Acetileno Dissolvido	Cl. 9kg	1001	2.1	239							
	Acetileno Dissolvido	Cl. 1kg	1001	2.1	239							
	Gás Comprimido N.E.	Cl. 7m³	1956	2.2	20							
	Gás Comprimido N.E.	Cl. 10m³	1956	2.2	20							
	Argônio Comprimido	Cl. 7m³	1006	2.2	20							
	Argônio Comprimido	Cl. 10m³	1006	2.2	20							
	Dióxido de Carbono	Cl. 25kg	1013	2.2	90							

### CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>600.00</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA <b>600.00</b>

### TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 1 - EMITENTE 2 - DESTINATÁRIO <input checked="" type="checkbox"/> 1	PLACA DO VEÍCULO <b>MIP 2667</b>	UF <b>SC</b>	CNPJ / CPF	
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

### DADOS ADICIONAIS - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

28044000= <b>600.00</b> x 38,69= <b>232.14</b>	"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL" "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E DE ISS" TRANSPORTE DE VASILHAME VAZIO, ISENTO CONFORME ART. 2º, INCISO VII A E 5 DO ANEXO 2 DO RICMS/01"	RESERVADO AO FISCO
29012900= _____ x 34,69= _____		
28042100= _____ x 38,69= _____		
28112100= _____ x 36,69= _____		
Porcentagem Fonte IBPT.		

SISBR- TEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
09/11/2023 - COMPROVANTE - 13:58:00  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERACAO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00093  
VALOR:.....600,00  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....120189  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....1/BANCO DO BRASIL S.A.  
AGENCIA:.....276/RIO DO SUL SC  
N. DA CONTA:.....277290  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....07971675000127  
NOME:..ROMEN COMERCIO DE GASES INDUSTRIAIS LTDA  
ID: .....1EC6F69B-43CD-4558-B2CA-55707FBA397C

OUIDORIA, SICOOB: 08007250996

RECEBEMOS DE CLEBER LONGEN 07713011978 OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 007.536.004 SÉRIE: 890 CNPJ: 36.487.506/0001-14

 <p><b>CLEBER LONGEN 07713011978</b></p> <p>PREFEITO FREDERICO PROBST, 0 - CENTRO, PETROLÂNDIA, SC - CEP: 88430000 - Fone/Fax: (47)3536-1224</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 1 - Saída <b>Nº. 007.536.004</b> <b>SÉRIE: 890</b> <b>FOLHA 1 / 1</b></p>	<p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO <b>4223 0882 9513 1000 0156 5589 0007 5360 0419 5625 7654</b></p> <p>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</p>
	<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de Mercadoria</p> <p>PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342230199825866 - 31/08/2023 15:15:06</p>	

INSCRIÇÃO ESTADUAL 260475017	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CPF/CNPJ 36.487.506/0001-14
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA		83.389.551/0001-16	31/08/2023 15:11
ENDEREÇO R JACOB MOMM, sn	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 88430-000	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
MUNICÍPIO PETROLÂNDIA	FONE/FAX	UF SC	HORA DE ENTRADA/SAÍDA

FATURAS E DUPLICATAS

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	1.160,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.160,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL		9 - Sem Frete				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQUOTA	
												ICMS	IPI
001	BLOCO RECEITA SIMPLES	48239099	0102	5101	UN	20,0000	16,0000	320,00					
002	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	48239099	0102	5101	UN	20,0000	32,0000	640,00					
003	BLOCO RECEITUÁRIO HOSPITALAR NUMERADO 15X10	48239099	0102	5101	UN	10,0000	20,0000	200,00					

SISBR-SISTEMA DE INFORMÁTICA DO SICOOB  
09/11/2023 - COMPROVANTE - 14:01:36  
DE TED

ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERAÇÃO: .....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: .....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO: .....00095  
VALOR: .....487,11  
FINALIDADE: .....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE: .....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA: .....120189  
CLIENTE: FUNDAÇÃO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA

36.487.506/0001-14  
CRESOL 133  
AG -> 1613  
CIC -> 343803  
Nota 487,11

CÁLCULO DO ISSQN	DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		
CPF/CNPJ: .....83389551000116		

DADOS ADICIONAIS	VADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
BANCO: .....133/CRESOL CONFEDERAÇÃO AGÊNCIA: .....1613/AGÊNCIA PETROLÂNDIA N. DA CONTA: .....343803 TIPO DA CONTA: .....CONTA CORRENTE CPF/CNPJ: .....36487506000114 NOME: .....CLEBER LONGEN ID: .....AEFCA510-0D9F-482F-B907-68170D7485AC	
OUIDORIA SICOOB: 08007250996	

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



**ALTERMED MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA**

**ALTERMED**

Estrada Boa Esperanca,2320.  
Fundo Canoas

RIO DO SUL - SC

C.N.P.J. 00.802.002/0001-02

FONE (47)3520-9000 CEP 89163-554

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA **1**

1 - SAIDA

Nº **466280**

SERIE **1**

FOLHA **1/2**



CHAVE DE ACESSO

**4223 1100 8020 0200 0102 5500 1000 4662 8013 4126 4808**

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**Venda Mercad.Acquir.e/ou Receb.Terceiros**

NÚMERO PROTOCOLO

**342230261492883 09/11/2023 13:45:59**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**253148995**

INSC. ESTADUAL DO SUBST TRIBUT

CNPJ

**00.802.002/0001-02**

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL

**Fundacao Medico Soc. Rural Santa Catarina**

CNPJ / CPF

**83.389.551/0001-16**

DATA EMISSÃO

**09/11/2023**

ENDEREÇO

**Rua Jacob Momm, SN**

BAIRRO / DISTRITO

**Centro**

CEP

**88430-000**

DATA DE ENT / SAÍ

**09/11/2023**

MUNICÍPIO

**PETROLANDIA**

FONE / FAX

**(47)3536-1150**

UF

**SC**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

**13:40:00**

**FATURA / DUPLICATA**

**001 09/11/2023 1.686,72**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBST	VALOR DO ICMS SUBST	VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
<b>R\$ 1.686,72</b>	<b>R\$ 286,75</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 286,75</b>	<b>R\$ 1.686,72</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 1.686,72</b>

**TRANSPORTADOR / VOLUMES**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTI	PLACA	UF	CNPJ / CPF
<b>Cleber da Silva 02684672938</b>	<b>0- Por conta do Remetente (CIF)</b>				<b>31.750.962/0001-91</b>
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
<b>Rua Auta Sofka, 154</b>	<b>RIO DO SUL</b>	<b>SC</b>	<b>ISENTO</b>		

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO PEDIDO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
<b>5</b>	<b>VOLUME(S)</b>		<b>511038</b>	<b>43,180</b>	<b>43,180</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
<b>19313</b>			

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

COD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
11219-D00	DIPIRONA 500 MG INJETAVEL CX.C/120AMPX2ML -L:26584904 V:04/25 Q:1	30049069	000	5102	CX	1	180,86000	180,86	180,86	30,75		17,00	
12039-D00	HIDROCORTISONA 100 MG INJETAVEL CX.C/50 FR/AMP - L:2595692 V:08/25 Q:1	30043210	000	5102	CX	1	200,00000	200,00	200,00	34,00		17,00	
19743-D00	DICLOFENACO 75 MG SOLUCAO INJETAVEL CX.C/100AMPX3ML -L:J00523 V:07/25 Q:1	30049037	000	5102	CX	1	107,14000	107,14	107,14	18,21		17,00	
10597-D00	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SODICA INJETAVEL CX.C/100AMPX5ML -L:H07223 V:05/25 Q:1	30049099	000	5102	CX	1	242,86000	242,86	242,86	41,29		17,00	
19179-D00	TRAMADOL INJETAVEL 050 MG/ML (A2) CX.C/100AMPX1ML -L:AW07122 V:11/24 Q:1	30049039	000	5102	CX	1	157,14000	157,14	157,14	26,71		17,00	
14684-D00	SORO FISIOLÓGICO 100 ML CX.C/70FRX100ML -L:2315792 V:08/25 Q:1	30049099	000	5102	CX	1	365,00000	365,00	365,00	62,05		17,00	
18298-D00	SORO FISIOLÓGICO 0250 ML CX.C/40FRX250ML -L:2312833 V:04/25 Q:1	30049099	000	5102	CX	1	214,29000	214,29	214,29	36,43		17,00	
19108-D00	SORO FISIOLÓGICO 1000 ML CX.C/12FRX1000ML -L:2314061 V:06/25 Q:1	30049099	000	5102	CX	1	150,86000	150,86	150,86	25,65		17,00	
19115-D00	AGUA BI-DESTILADA 10 ML CX.C/200AMPX10ML -L:2331571 V:07/25 Q:1	30049099	000	5102	CX	1	68,57000	68,57	68,57	11,66		17,00	

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCO
As informações Complementares excederam o limite de espaço deste quadro e serão exibidas após o detalhamento dos produtos/serviços.	



**ALTERMED MATERIAL  
MEDICO HOSPITALAR LTDA**

Estrada Boa Esperanca,2320.  
Fundo Canoas  
RIO DO SUL - SC  
C.N.P.J. 00.802.002/0001-02  
FONE (47)3520-9000 CEP 89163-554

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRONICA

0 - ENTRADA 1  
1 - SAIDA  
Nº 466280  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

4223 1100 8020 0200 0102 5500 1000 4662 8013 4126 4808

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda Mercad.Acquir.e/ou Receb.Terceiros

NÚMERO PROTOCOLO

342230261492883 09/11/2023 13:45:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL

253148995

INSC ESTADUAL DO SUBST TRIBUT

CNPJ

00.802.002/0001-02

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Pre-Fatura PF-9-37610/9#- Pedido Gerado via Orcamento Interno n 69489 - Versao 1. WHA - Escrita via WhatsApp. Numero 081123. WHA - Escrita via WhatsApp N. 081123 WHA - Escrita via WhatsApp N. 081123 - Pedidos: 511038 - CLIENTE: CONFERIR MERCADORIAS NA ENTREGA, NAO ACETAREMOS RECLAMACOES POSTERIORES E/OU DEVOLUCOES - TRANSPORTADOR: CONFIRMAR COM DESTINATARIO HORARIO EXPEDIENTE E SE NECESSARIO AGENDAR ENTREGA - Empresa autorizada ANVISA. Medicamentos:1112401-Especial:1112432-Correlatos:8044831-Cosmeticos:2065567-Saneantes:3052377 - ICMS ISENTO CONVENIO 1/1999,CONVENIO 38/91,CONVENIO 63/20,CONVENIO 65/11,CONVENIO 87/02,CONVENIO 90/21,CONVENIO 126/10,CONVENIO 162/94,CONVENIO 187/21,LEI 17930/2020,LEI 18197/2021 E ICMS REDUZIDO CONVENIO 52/91 - Dados Deposito: (B BRASIL:Ag:0276-3 C/C:30778-5)-(CAIXA:Ag:4269 C/C:905915-5 Operacao 3)-(ITAU:Ag:8483 C/C:06341-1)-(BRADESCO: Ag:2656-5 C/C:8020-9)-(SANTANDER:Ag:1257 C/C:13001255-6)-(SICOOB:Ag:3034 C/C:53775-6) - Se preferir use nossa chave PIX cef@altermed.com.br - Valor dos Impostos / Total: 286,75 Retencao de IR (1,2%) de R\$20,24 conforme IN da RFB 1234/2012. - Valor Aprox. Tributos em RS, Federal: 226,86 (13,45%) - Estadual: 286,74 (17,00%) - Municipal: 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT.Altermedcsrs@transportess@hotmail.com.br  
LOCAL DE ENTREGA: CNPJ/CPF: 83.389.551/0001-16. Logradouro: R. Jose Alecio de Abreu, 1, HOSPITAL. Bairro: CENTRO. Municipio: PETROLANDIA - SC.

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
09/11/2023 - COMPROVANTE - 14:00:09  
DE TED

ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERAÇÃO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERAÇÃO:.....DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00094  
VALOR:.....1.686,72  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....120189  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....1/BANCO DO BRASIL S.A.  
AGENCIA:.....276/RIO DO SUL SC  
N. DA CONTA:.....307785  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....00802002000102  
NOME:..ALTERMED MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA  
ID: .....410195B0-AAB6-4451-BE2F-4D271BD7D92C

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CNPJ 83.389.551/0001-16 FONE: 47 3536 1150  
RUA JACOB MONN S/N - CEP 88430-000  
PETROLÂNDIA - SANTA CATARINA

Declaração

Declaro para os devidos fins que recebi da Fundação Médico Social Rural Santa Catarina a quantia de R\$1.772,00(um mil setecentos e setenta e dois reais ), referente a pagamento mensal de tec.enfermagem sendo o repasse da Prefeitura Municipal de Petrolândia. Referente ao mês de outubro de 2023.

.....  
Ismael Augusto dos Santos  
Petrolândia. 08/11/2023 .

-----  
SISBR-SISTEMA DE INFORMÁTICA DO SICCOB  
08/11/2023 - COMPROVANTE - 14:53:28  
DE TED OUTRAS INSTITUIÇÕES

ORIGEM DA OPERAÇÃO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICCOB ALTO VALE  
TERMINAL: 040 - CAIXA  
USUARIO: LaryssaL3034\_08

OPERAÇÃO: 07/18 - REC. TED OUTRAS INSTITUIÇÕES  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: DEBITO/CREDITO  
N. DA AUTENTICAÇÃO: 00113  
VALOR: 1.772,00  
FINALIDADE: CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE: DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA: [REDACTED]  
CLIENTE: FUNDAÇÃO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ: 83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
INST. FINANCEIRA: 396/  
AGENCIA: 1  
N. DA CONTA: 22579214  
CPF/CNPJ: [REDACTED]  
NOME: ISMAEL AUGUSTO DOS SANTOS  
HISTORICO:  
ID: 9227598E-3C84-430C-BB4F-4CD6CD990046

OUVIDORIA SICCOB: 08007250996  
-----

FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CNPJ 83.389.551/0001-16 FONE: 47 3536 1150  
RUA JACOB MONN S/N - CEP 88430-000  
PETROLÂNDIA - SANTA CATARINA

Declaração

Declaro para os devidos fins que recebi da Fundação Médico Social Rural Santa Catarina a quantia de R\$1.772,00(um mil setecentos e setenta e dois reais ), referente a pagamento mensal de tec.enfermagem sendo o repasse da Prefeitura Municipal de Petrolândia. Referente ao mês de outubro de 2023.

.....  
Mara Lucia Costa  
Petrolândia, 08/11/2023 .

-----  
SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
08/11/2023 - COMPROVANTE - 14:54:08  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 9 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 040 - CAIXA  
USUARIO: LaryssaL3034\_08

OPERACAO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO/CREDITO  
V. DA AUTENTICACAO:.....00114  
VALOR:.....1.772,00  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....133/CRESOL CONFEDERACAO  
AGENCIA:.....1613/AGENCIA PETROLANDIA  
V. DA CONTA:.....  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....4589.....  
NOME:.....MARA LUCIA COSTA  
ID:.....FE739445-82C7-4040-A2F4-6EF3714F531B

QUVIDORIA SICOOB: 08007250996  
-----

FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CNPJ 83.389.551/0001-16 FONE: 47 3536 1150  
RUA JACOB MONN SIN - CEP 88430-000  
PETROLÂNDIA - SANTA CATARINA

Declaração

Declaro para os devidos fins que recebi da Fundação Médico Social Rural Santa Catarina a quantia de R\$2.453,36(dois mil quatrocentos e cinquenta e três reais ), referente a pagamento mensal de enfermeira sendo o repasse da Prefeitura Municipal de Petrolândia. Referente ao mês de outubro de 2023.

.....  
Luana Ferreti  
Petrolândia, 08/11/2023 .

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
08/11/2023 - COMPROVANTE - 14:54:59  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 040 - CAIXA  
USUARIO: LaryssaL3034\_08

OPERACAO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO/CREDITO  
V. DA AUTENTICACAO:.....00115  
VALOR:.....2.453,36  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ:.....83389551000115  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....104/CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGENCIA:.....1102/ITUPORANGA  
V. DA CONTA:.....  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....3064  
NOME:.....LUANA FERRETI  
ID:.....D917FDF7-DE03-48D7-9E12-891AE67146C2

OUIDORIA SICOOB: 08007250996



FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CNPJ 83.389.551/0001-16 FONE: 47 3536 1150  
RUA JACOB MONN S/N - CEP 88430-000  
PETROLÂNDIA - SANTA CATARINA

Declaração

Declaro para os devidos fins que recebi da Fundação Médico Social Rural Santa Catarina a quantia de R\$1.678,92(um mil seiscentos e setenta e oito reais ), referente a pagamento mensal serviço de serviços gerais sendo o repasse da Prefeitura Municipal de Petrolândia. Referente ao mês de outubro de 2023.

.....  
Ana Claudia Silva  
Petrolândia. 08/11/2023 .

-----  
SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICCOB  
08/11/2023 - COMPROVANTE - 15:00:07  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICCOB ALTO VALE  
TERMINAL: 040 - CAIXA  
USUARIO: LaryssaL3034\_08

OPERACAO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO/CREDITO  
V. DA AUTENTICACAO:.....00118  
VALOR:.....1.678,92  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....133/CRESOL CONFEDERACAO  
AGENCIA:.....1613/AGENCIA PETROLANDIA  
V. DA CONTA:.....  
TIPO DA CONTA:.....CONTA POUpanca  
CPF/CNPJ:.....7916  
NOME:.....ANA CLAUDIA SILVA  
ID:.....70C7A172-3328-4D2F-8ABE-63866DA7C9F8

QUVIDORIA SICCOB: 08007250996  
-----

FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CNPJ 83.389.551/0001-16 FONE: 47 3536 1150  
RUA JACOB MONN SIN - CEP 88430-000  
PETROLÂNDIA - SANTA CATARINA

Declaração

Declaro para os devidos fins que recebi da Fundação Médico Social Rural Santa Catarina a quantia de R\$3,500.00(três mil e quinhentos reais ), referente a pagamento mensal serviço enfermeira RT sendo o repasse da Prefeitura Municipal de Petrolândia. Referente ao mês de outubro de 2023.

.....  
Thais de Souza  
Petrolândia, 08/11/2023 .

-----  
SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICCOB  
08/11/2023 - COMPROVANTE - 14:57:33  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICCOB ALTO VALE  
TERMINAL: 040 - CAIXA  
USUARIO: LaryssaL3034\_08

OPERACAO: ..... 07/10 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO: ..... DEBITO/CREDITO  
V. DA AUTENTICACAO: ..... 00116  
VALOR: ..... 3.500,00  
FINALIDADE: ..... CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE: ..... DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA: .....  
CLIENTE: FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ: ..... 83389551000110  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO: ..... 237/BCO BRADESCO S.A.  
AGENCIA: ..... 355/TUPORANGA  
V. DA CONTA: .....  
TIPO DA CONTA: ..... CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ: ..... 0955  
NOME: ..... THAIS DE SOUZA  
ID: ..... 9F3B7FB1-EF2B-4C2A-8A0E-600AAE5872F3

OUVIDORIA SICCOB: 08007250996  
-----

FUNDAÇÃO MÉDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CNPJ 83.389.551/0001-16 FONE: 47 3536 1150  
RUA JACOB MONN S/N - CEP 88430-000  
PETROLÂNDIA - SANTA CATARINA

Declaração

Declaro para os devidos fins que recebi da Fundação Médico Social Rural Santa Catarina a quantia de R\$3.500.00(dois mil e quatrocentos e cinquenta e três reais ), referente a pagamento mensal serviço de enfermeira sendo o repasse da Prefeitura Municipal de Petrolândia. Referente ao mês de outubro de 2023.

.....  
Thais de Souza  
Petrolândia. 08/11/2023 .

-----  
SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICCOB  
08/11/2023 - COMPROVANTE - 14:59:04  
DE TED

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICCOB ALTO VALE  
TERMINAL: 040 - CAIXA  
USUARIO: LaryssaL3034\_08

OPERACAO:.....07/16 - REC. TED  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO/CREDITO  
V. DA AUTENTICACAO:.....00117  
VALOR:.....2.453,00  
FINALIDADE:.....CREDITO EM CONTA  
TITULARIDADE:.....DIFERENTE  
DADOS DO REMETENTE:  
CONTA:.....  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATARINA  
CPF/CNPJ:.....83389551000116  
DADOS DO FAVORECIDO:  
BANCO:.....237/BCO BRADESCO S.A.  
AGENCIA:.....355/ITUPORANGA  
V. DA CONTA:.....  
TIPO DA CONTA:.....CONTA CORRENTE  
CPF/CNPJ:.....00955  
NOME:.....THAIS DE SOUZA  
ID: .....2A7F101A-F691-48F5-96BF-9C75B8911D47

OUVIDORIA SICCOB: 08007250996  
-----

TAXA CHEQUE ESPECIAL EMPRESARIAL (a.m.):  
SALDO EM CONTA CAPITAL:

5,11%  
4.735,42C

000 EXTRATOS EMITIDOS ATÉ 30/11/2023

OUVIDORIA SICOOB: 0800 725 0996

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
09/11/2023 - COMPROVANTE 14:03:23  
DE SAQUE

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERACAO: 01/03 - SAQUE AVULSO EM CONTA CORRENTE  
NATUREZA DA OPERACAO:.....DEBITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00096  
N. DA CONTA:.....120189  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
VALOR DA AUTENTICACAO:.....59,50  
ID: .....7CE55E06-DDF8-48AD-882F-4E171BC035F3

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

TADO TEO J.

SISBR-SISTEMA DE INFORMATICA DO SICOOB  
09/11/2023 - COMPROVANTE - 14:04:09  
DE DEPOSITO

ORIGEM DA OPERACAO  
COOP: 3034 - PAC: 8 - SICOOB ALTO VALE  
TERMINAL: 039 - TESOUREIRO  
USUARIO: TaisN3034\_08

OPERACAO:.....02/01 - DEP. CONTA CORRENTE  
NATUREZA DA OPERACAO:.....CREDITO  
N. DA AUTENTICACAO:.....00097  
N. DA CONTA:.....120197  
CLIENTE:FUNDACAO MEDICO SOCIAL RURAL SANTA CATAR  
INA  
VALOR DA AUTENTICACAO:.....59,50  
CNPJ:.....60A5CD98-CE96-42A0-9949-482A9E1E015D  
ID: .....60A5CD98-CE96-42A0-9949-482A9E1E015D

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996