


 <p><b>ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSÉ</b>  <b>CNPJ:</b> 86.185.220/0006-67          PRAÇA IRMÃ PAULINA - HOSPITAL BOM JESUS, 470          CEP: 88.400-000 - Bairro: CENTRO          Município: ITUPORANGA - SANTA CATARINA          Telefone: (04) 73533-7150          Email: rh@hbj.org.br          Insc. Municipal: 642      Insc. Estadual:</p>	Número da NFS-e <b>78234</b>	 Autenticidade
	Situação <b>Emitida</b>	
	Tipo <b>Importado</b>	

### Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 <p><b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b>  <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ITUPORANGA</b>          SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA</p>	<b>Identificador</b> 8167 0703 2414 2226 6508 6185 2202 0240 3735 7746 	
	Data Fato Gerador <b>07/03/2024</b>	Data/Hora Emissão <b>07/03/2024, 14:22</b>

#### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social <b>FUNDO MEDICO ASSIST TRABALHADORES VIDAL RAMOS</b>	CPF/CNPJ <b>83.181.297/0001-66</b>
Endereço <b>AVENIDA ALAMEDA RODOVIA LEOBERTO LEAL</b>	Número <b>239</b>
Bairro <b>CENTRO</b>	CEP <b>88.443-000</b>
País <b>Brasil - BR - 1058</b>	Telefone <b>Não Informado</b>
	Complemento <b>NÃO INFORMADO</b>
	Cidade <b>Vidal Ramos - SC</b>
	Email <b>hospitalvr@yahoo.com.br</b>

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
<b>403</b>	<b>8167</b>	<b>2%</b>	<b>IMU</b>	<b>4.557,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>91,14</b>
<b>Descrição do Serviço:</b> Hospitais, clínicas, laboratorios, sanatorios, manicomios, casas de saude, prontos-socorros, ambulatorios e congeneres. Servicos Mat e Med, Servicos Hospitalares - HBJ							
<b>Valor Total</b>	<b>Desc. Incondicional</b>	<b>Dedução</b>	<b>Base de Cálculo</b>	<b>ISSQN</b>			
4.557,00	0,00	0,00	4.557,00	91,14			
<b>ISSRF</b>	<b>IR</b>	<b>INSS</b>	<b>CSLL</b>	<b>COFINS</b>			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
<b>PIS</b>	<b>Outras Retenções</b>	<b>Total Trib. Federais</b>	<b>Desc. Condicional</b>	<b>Valor Líquido</b>			
0,00	0,00	0,00	0,00	4.557,00			

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informações Genéricas

Descricao RPS - Servicos Hospitalares Convenio Laboratorio Vidal Ramos ref 02/2024Conta para DepositoBanco do BrasilAgencia 1389-7C/C 50004-6

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.  
403 Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Legenda do Local de Prestação do Serviço  
8167 Ituporanga

Outras Informações

IMU - Imune  
(403) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Imune de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 128/2012 de 05/06/2012 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:  
<https://ituporanga.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8167070324142226650861852202024037357746>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 22/04/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$612,92 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$94,79 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Emp. 426



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

Número do RPS <b>00077814</b>	Número da Nota <b>00078234</b>
Data da emissão da nota <b>07/03/2024 às 14:22:26</b>	
Data do fato gerador <b>07/03/2024 às 14:22:26</b>	
Código de verificação <b>81670703241422266508</b>	

**PRESTADOR DOS SERVIÇOS**

Nome fantasia: **HOSPITAL BOM JESUS - HBJ**  
Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO DAS IRMÃS FRANCISCANAS DE SÃO JOSÉ** Inscrição Estadual: **Isento**  
CPF/CNPJ: **86.185.220/0006-67** Inscrição Municipal: **642** Telefone: **(047) 3533-7150**  
Endereço: **PRAÇA IRMÃ PAULINA Número: 470 Bairro: CENTRO CEP: 88400-000**  
Complemento:  
Município: **Ituporanga** UF: **SC**  
E-mail: **nfe@hbj.org.br** Site: **www.hbj.org.br**

**TOMADOR DOS SERVIÇOS**

Nome fantasia: **HOSPITAL VIDAL RAMOS**  
Nome: **FUNDAÇÃO MÉDICO ASSISTENCIAL AO TRABALHADOR** Inscrição Estadual: **isento**  
CPF/CNPJ: **83.181.297/0001-66** Inscrição Municipal:  
Endereço: **RUA LEOBERTO LEAL Número: 239 Bairro: CENTRO CEP: 88443-000**  
Complemento:  
Município: **Vidal Ramos** UF: **SC**  
E-mail: Telefone: **(47) 3356-1171** Celular:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor Unitário	Qtd	Valor do Serviço	Base de Cálculo (%)	ISS
Serviços Hospitalares Convenio Laboratorio Vidal Ramos ref 02/2024 Conta para Deposito Banco do Brasil Agencia 1389-7 C/C 50004-6	4.557,0000	1,0000	4.557,00	4.557,00 x 0,02 =	0,0000

**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
Pgto. à vista		VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 4.557,00		VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 4.557,00	

Código dos serviços :  
**0403 - 04.03 - IHospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.**

Desc. Condicionado(R\$)	Desc. Incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R\$)
R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00	4.557,00	2,00	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Natureza da operação: **Isenção** Número do atendimento:  
Situação Tributária do ISSQN: **Imune**  
Local da prestação do serviço: **Ituporanga**  
Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 17.407/2008 e 17.408/2008.  
Os serviços referentes a esta NFS-e são Isento/Imunes.  
<http://ituporanga.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/81670703241422266508>



## Procedimentos Realizados no Período

01/02/2024 Até 29/02/2024

Dt ref protocolo: 29/02/2024

Dt ref protocolo: 29/02/2024

Protocolo Convênio

		Valores				
		QT	Filme	C.Op.	Honor	Total
<b>LABORATORIO 02/2024</b>		<b>71356</b>				
Total	28010256 Amilase	1	0,00	0,00	21,00	21,00
Total	28100670 Antibiograma Automatizado	11	0,00	0,00	231,00	231,00
Total	28010299 Bilirrubina Total E Fracoes	6	0,00	0,00	126,00	126,00
Total	28010540 Creatinina	22	0,00	0,00	462,00	462,00
Total	28010558 Creatino Fosfoquinase	1	0,00	0,00	21,00	21,00
Total	28100662 Culturas Automatizadas	2	0,00	0,00	42,00	42,00
Total	28010655 Desidrogenase Latica	4	0,00	0,00	84,00	84,00
Total	28040333 Fibrinogenio, Dosagem Do	1	0,00	0,00	21,00	21,00
Total	28010850 Fosfatase Alcalina	3	0,00	0,00	63,00	63,00
Total	28010957 Gama-Glutamil Transferase	2	0,00	14,00	28,00	42,00
Total	28010965 Gasometria (Ph,Pco2,Po2,Bic,Sat.O2, Excesso Base)	3	0,00	0,00	63,00	63,00
Total	28050347 Gonadotrofina Corionica (B-Hcg) (Rie Ou Eie)	1	0,00	0,00	21,00	21,00
Total	28040481 Hemograma Completo (Eritrograma + Leocograma + Avaliacao De Plaquetas)	26	0,00	0,00	546,00	546,00
Total	28040490 Hemossedimentacao, Determinacao Da Velocidade De	1	0,00	0,00	21,00	21,00
Total	28011120 Magnesio	3	0,00	0,00	63,00	63,00
Total	28011210 Potassio	16	0,00	0,00	336,00	336,00
Total	28060865 Proteina C. Reativa, Determinacao Quantitativa Da	22	0,00	0,00	462,00	462,00
Total	28040660 Reticulocitos, Contagem De	2	0,00	0,00	42,00	42,00
Total	28130367 Rotina De Urina (Caracteres Fisicos, Elementos Anormais E Sedimentoscopia) Exame De	20	0,00	0,00	420,00	420,00
Total	28011279 Sodio	16	0,00	0,00	336,00	336,00
Total	28040791 Tempo De Tromboplastina Parcial Ativado	3	0,00	63,00	0,00	63,00
Total	28040732 Tempo Dre Protrombina	3	0,00	63,00	0,00	63,00
Total	28011368 Transaminase Oxalacetica (Amino Transferase Aspartato) TGO	7	0,00	100,24	46,76	147,00
Total	28011376 Transaminase Piruvica (Amino Transferase Alanina)	7	0,00	100,24	46,76	147,00
Total	28011783 Troponina	5	0,00	0,00	105,00	105,00
Total	28011414 Ureia	19	0,00	0,00	399,00	399,00
Total	28100549 Urina Com Contagem De Colonias, Cultura De	9	0,00	0,00	189,00	189,00
Total	28061004 Vdrl, Inclusive Quantitativo Reacao De	1	0,00	0,00	21,00	21,00
<b>LABORATORIO 02/2024</b>		<b>217</b>	<b>0,00</b>	<b>340,48</b>	<b>4.216,52</b>	<b>4.557,00</b>
<b>Total Geral</b>		<b>217</b>	<b>0,00</b>	<b>340,48</b>	<b>4.216,52</b>	<b>4.557,00</b>

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
Agência 2775-8  
Conta corrente 31954-6

**Creditado**

Nome HOSPITAL BOM JESUS  
Agência 1389-7  
Conta corrente 50004-6  
Valor 4.557,00  
Destinação 0  
Data Nesta data


---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	12/03/2024 09:54:42
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	12/03/2024 10:08:36

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE VIDAL RAMOS</b> <b>SETOR DE TRIBUTOS</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA</b></p>	Número do RPS	Número da nota 39
	Data da emissão da nota 08/03/2024 11:23:31	
	Data do fato gerador 08/03/2024 11:23:31	
	Código de verificação 7AUSZASDL	

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia: RC BOING NUTRICAÇÃO  
 Nome/Razão social: RUBIA CRISTINA BOING - ME  
 CPF/CNPJ: 40.496.873/0001-51 Inscrição municipal: 703  
 Endereço: ROD SC 110 Número: SN Bairro: SANTA LUIZA. CEP: 88443-000  
 Complemento: KM 30  
 Município: Vidal Ramos UF: SC  
 E-mail: rubia.boing@gmail.com Site:

Inscrição estadual:  
 Telefone: (47) 3356-1621  
 Celular: (47) 99765-9138

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome fantasia:  
 Nome/Razão social: FUND. MED. ASSIST. TRAB. RURAL DE VIDAL RAMOS  
 CPF/CNPJ: 83.181.297/0001-66 Inscrição municipal: 3932 Inscrição estadual:  
 Endereço: LEOBERTO LEAL Número: 239 Bairro: CENTRO CEP: 88443-000  
 Complemento:  
 Município: Vidal Ramos UF: SC  
 E-mail: hospitalvr@hotmail.com Telefone: (47) 3356-1171 Celular:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
Horas de atividades profissionais de nutrição .	1.700,0000	1,0000	1.700,0000	1.700,00x2,17 =	36,89

**Forma de Pagamento**

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	1.700,00								

**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
<b>Valor bruto = R\$ 1.700,00</b>		<b>Valor líquido = R\$ 1.700,00</b>			

Códigos dos serviços:

04.10 - Nutrição.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	1.700,00	36,89

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na lei 1886/2014 de 15/10/2014.  
 Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 2.17%  
 Situação desta NFS-e: Normal  
 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 228,65 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 35,36 (2,08%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade



## Transações Pendentes

G338121003473307016  
12/03/2024 10:08:36

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

Nome F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
Agência 2775-8  
Conta corrente 31954-6

#### Creditado

Nome RUBIA CRISTINA BOING  
Agência 2775-8  
Conta corrente 11034-5  
Valor 1.700,00  
Destinação 0  
Data Nesta data


---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	12/03/2024 09:54:01
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	12/03/2024 10:08:36



Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

<b>JGN RADIOLOGIA LTDA - JGN RADIOLOGIA</b> <b>CNPJ:</b> 29.278.083/0001-67 COSTA E SILVA - SALA 01, 1455 CEP: 85.807-451 - Bairro: COQUEIRAL Município: CASCAVEL - PARANÁ <b>Insc. Municipal:</b> 630006826 - <b>Insc. Estadual:</b> Email: juniorgnunes@hotmail.com Telefone: (45) 99848-1316 - Celular: (45) 99848-1316	Número da NFS-e <b>149</b>	Situação Emitida	  <a href="#">Autenticidade</a>
		Tipo Preenchido	

## Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 <b>ESTADO DO PARANÁ</b> <b>MUNICÍPIO DE CASCAVEL</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS	<b>Identificador</b> 7493 0103 2414 5118 4002 9278 0832 0240 3738 9591 	
	Data Fato Gerador <b>01/03/2024</b>	Data/Hora Emissão <b>01/03/2024 14:51</b>


### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS		
Nome/Razão Social FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS		CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66
Endereço RUA LEOBERTO LEAL	Número SN	Complemento
Bairro CENTRO	CEP 88.443-000	Cidade - Estado Vidal Ramos - SC



### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
402	8377	SIMPLES NACIONAL	TI	15.900,00	0,00	0,00	SIMPLES NACIONAL
<b>Descrição do Serviço:</b> SERVIÇOS PRESTADOS DE MÃO DE OBRA DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA DE 01 a 29 de Fevereiro DE 2024							
Valor Total	Desc. Incondicional	Dedução	Base de Cálculo	ISSQN			
15.900,00	0,00	0,00	15.900,00	SIMPLES NACIONAL			
ISSRF	IR	INSS	CSLL	COFINS			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
PIS	Outras Retenções	Total Trib. Federais	Desc. Condicional	Valor Líquido			
0,00	0,00	0,00	0,00	15.900,00			

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03 402 Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres	
Legenda do Local de Prestação do Serviço 8377 Vidal Ramos	
Outras Informações TI - Tributada Integralmente (402) Serviço tributado no município do prestador	
Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 69336/2020 de 28/08/2020 00:00:00 A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: <a href="https://cascavel.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e">https://cascavel.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e</a> A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 17/04/2024 Valor aproximado dos tributos: Federais R\$2.138,55 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$636,00 (4,00%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT Modelo aprovado pelo DECRETO N° 9.604, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2010.	

<b>JGN RADIOLOGIA LTDA - JGN RADIOLOGIA</b> <b>CNPJ: 29.278.083/0001-67</b> COSTA E SILVA - SALA 01, 1455 CEP: 85.807-451 - Bairro: COQUEIRAL Município: CASCAVEL - PARANÁ <b>Insc. Municipal: 630006826 - Insc. Estadual:</b> Email: juniorgnunes@hotmail.com Telefone: (45) 99848-1316 - Celular: (45) 99848-1316	Número da NFS-e <b>150</b>	Situação Emitida	  <a href="#">Autenticidade</a>
		Tipo Preenchido	

### Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 <b>ESTADO DO PARANÁ</b> <b>MUNICÍPIO DE CASCAVEL</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS	<b>Identificador</b> 7493 0103 2414 5319 9302 9278 0832 0240 3738 9502 	
	Data Fato Gerador <b>01/03/2024</b>	Data/Hora Emissão <b>01/03/2024 14:53</b>

#### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS		
Nome/Razão Social FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS		CPF/CNPJ 83.181.297/0001-66
Endereço RUA LEOBERTO LEAL	Número SN	Complemento
Bairro CENTRO	CEP 88.443-000	Cidade - Estado Vidal Ramos - SC

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
402	8377	SIMPLES NACIONAL	TI	1.081,00	0,00	0,00	SIMPLES NACIONAL
<b>Descrição do Serviço:</b>							
REFERENTE A EXAMES E LAUDOS DE FEVEREIRO DE 2024							
Valor Total	Desc. Incondicional	Dedução	Base de Cálculo	ISSQN			
1.081,00	0,00	0,00	1.081,00	SIMPLES NACIONAL			
ISSRF	IR	INSS	CSLL	COFINS			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
PIS	Outras Retenções	Total Trib. Federais	Desc. Condicional	Valor Líquido			
0,00	0,00	0,00	0,00	1.081,00			

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03 402 Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres	
Legenda do Local de Prestação do Serviço 8377 Vidal Ramos	
Outras Informações TI - Tributada Integralmente (402) Serviço tributado no município do prestador	
Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 69336/2020 de 28/08/2020 00:00:00 A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: <a href="https://cascavel.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e">https://cascavel.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e</a> A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 17/04/2024 Valor aproximado dos tributos: Federais R\$145,39 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$43,24 (4,00%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT Modelo aprovado pelo DECRETO Nº 9.604, DE 09 DE NOVEMBRO DE 2010.	



---

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 2775-8  
Conta corrente 31954-6 F.MEDICO ASS TRAB RURAL V

**Creditado**

Banco 403 CORA SCD S A  
Agência (sem DV) 1  
Conta corrente (com DV) 37898113  
CNPJ 29.278.083/0001-67  
Nome favorecido JGN RADIOLOGIA LTDA  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 31.201  
Valor 16.981,00  
Destinação 0  
Data transferência 12/03/2024

"C" - CPF/CNPJ  
diferente

Autenticação SISBB 9E7BFEF639E6E11F


---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	12/03/2024 09:56:02
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	12/03/2024 10:08:36



Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

<b>WALTRICK SERVICOS MEDICOS S/S</b> <b>CNPJ: 27.300.815/0001-42</b> Coronel Feddersen - sala, 1065 CEP: 89.190-000 - Bairro: CENTRO Município: TAIÓ - SANTA CATARINA Telefone: (04) 93021-7519 - Celular: (49) 99971-9564 Email: adm@prccont.com.br <b>Insc. Municipal: 701421</b> <b>Insc. Estadual:</b>	Número da NFS-e <b>269</b>	  Autenticidade
	Situação <b>Emitida</b>	
	Tipo <b>Preenchido</b>	

## Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE TAIÓ</b> SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA	<b>Identificador</b> 8351 0803 2408 1806 3002 7300 8152 0240 3738 9781 	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Data Fato Gerador <b>08/03/2024</b></td> <td style="width: 50%;">Data/Hora Emissão <b>08/03/2024, 08:18</b></td> </tr> </table>	Data Fato Gerador <b>08/03/2024</b>
Data Fato Gerador <b>08/03/2024</b>	Data/Hora Emissão <b>08/03/2024, 08:18</b>	

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social <b>FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL</b>		CPF/CNPJ <b>83.181.297/0001-66</b>
Endereço <b>RODOVIA ALAMEDA RODOVIA LEOBERTO LEAL</b>	Número <b>239</b>	Complemento <b>NÃO INFORMADO</b>
Bairro <b>CENTRO</b>	CEP <b>88.443-000</b>	Cidade - Estado <b>Vidal Ramos - SC</b>

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Quant.	Unid.	Vlr. Unid.	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
403	1	UN	83.520,00	8377	4%	TIST	83.520,00	0,00	0,00	3.340,80
<b>Descrição do Serviço:</b> Referente plantões médicos prestados Competência: 02/2024										
<b>Valor Total</b>		<b>Desc. Incondicional</b>		<b>Dedução</b>		<b>Base de Cálculo</b>		<b>ISSQN</b>		
83.520,00		0,00		0,00		83.520,00		0,00		
<b>ISSRF</b>		<b>IR</b>		<b>INSS</b>		<b>CSLL</b>		<b>COFINS</b>		
3.340,80		1.252,80		0,00		835,20		2.505,60		
<b>PIS</b>		<b>Outras Retenções</b>		<b>Total Trib. Federais</b>		<b>Desc. Condicional</b>		<b>Valor Líquido</b>		
542,88		0,00		5.136,48		0,00		75.042,72		

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dados para depósito
Banco: Unicred - 136 Ag: 1501 C/C: 102698-4 Titular: Waltrick serviços médicos S/S
Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03. 403 Hospitais, clínicas, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.
Legenda do Local de Prestação do Serviço 8377 Vidal Ramos
Outras Informações
TIST - Tributada Integralmente com Substituição Tributária (403) Serviço não tributável no município do prestador. O ISSQN é devido no município onde o serviço foi prestado.
Contribuinte enquadrado como Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo
Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 161/2021 de 15/07/2021 00:00:00
A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: <a href="https://taio.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8351080324081806300273008152024037389781">https://taio.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8351080324081806300273008152024037389781</a>
A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 22/04/2024
Valor aproximado dos tributos: Federais R\$11.233,44 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$1.737,22 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

det. municipal  
 da NF



## Transações Pendentes

G335131626899987016  
13/03/2024 16:29:57

## DOC ou TED Eletrônico

## Debitado

Agência 2775-8  
Conta corrente 31954-6 F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V

## Creditado

Banco 136 CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED  
Agência (sem DV) 1501 PAC LAGES UNICRED  
Conta corrente (com DV) 1026984  
CNPJ 27.300.815/0001-42  
Nome favorecido WALTRICK SERVICOS MEDICOS S/S  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 31.301  
Valor 63.787,03  
Destinação 0  
Data transferência 13/03/2024  
"C" - CPF/CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 52E321B13E49DC35

---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	13/03/2024 16:19:10
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	13/03/2024 16:29:57

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**FUNDO DE SAUDE DE VIDAL RAMOS**

Nota de Empenho

C.N.P.J.: 14.164.340/0001-62

Município: VIDAL RAMOS

Nº do Empenho: 444/2024

Data do Empenho: 18/03/2024

Ordinário

Solicitação de Fornecimento: 0/0

Órgão:	10.000	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	10.001	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Funcional:	10.301.1401	Saúde para Todos
Projeto/Atividade:	2009	MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Natureza de Despesa:	3 - 3.3.50.43.99.00.00.00	OUTRAS SUBVENÇÕES SOCIAIS
Recurso:	1.500.1002.0003	RECURSOS DE IMPOSTOS P/ ASPS - MÍNIMO DE 15%

Valor Dotação:	1.900.000,00	Empenhos anteriores:	928.412,30
Valor Dotação Atualizada:	1.900.000,00	Valor do empenho:	32.179,97
Total (A):	1.900.000,00	Valor anulado:	0,00
		Total (B):	960.592,27
		Total (A - B):	939.407,73

**Credor:** FUND. MED. ASSIST. TRAB. RURAL DE VIDAL RAMOS  
**CPF/CNPJ:** 83.181.297/0001-66 **Inscr.Est./Ident.Prof.:**  
**Endereço:** LEOBERTO LEAL - 239 **Cidade:** Vidal Ramos **UF:** SC  
**Banco:** **Conta:**  
**Agência:** **Tipo da Conta:**

**Especificação:**  
COMPLEMENTO RELATIVO A CONCESSÃO DE SUBVENÇÃO A FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRABALHADOR RURAL DE VIDAL RAMOS, AUTORIZADO PELA LEI MUNICIPAL 2.044/2021, DE 13 DE JANEIRO DE 2021.

**Fonte de Recurso:** 1.500.1002.0003 RECURSOS DE IMPOSTOS P/ ASPS - MÍNIMO DE 15% **Valor geral:** 32.179,97

Fica empenhada a importância de R\$ 32.179,97

**Fundamento legal:** **Número Processo:** **Data:**  
**Modal. licitação:** **Número Licitação:** **Data:**  
**Contrato:** **Data:**

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) \_\_\_\_\_ Data: 18/03/2024  
Responsável

*liq: 449  
pgt: 4M  
18/03*

NELSON BACK  
PREFEITO MUNICIPAL



JOAO SCHMITZ  
Técnico em Contabilidade -

CRISLAINE N. DA S. FERMINO  
SECRETÁRIA DE FINANÇAS

LUANA EIFLER  
Controladora Interno

<b>WALTRICK SERVICOS MEDICOS S/S</b> <b>CNPJ: 27.300.815/0001-42</b> Coronel Feddersen - sala, 1065 CEP: 89.190-000 - Bairro: CENTRO Município: TAIÓ - SANTA CATARINA Telefone: (04) 93021-7519 - Celular: (49) 99971-9564 Email: adm@prccont.com.br <b>Insc. Municipal: 701421</b> <b>Insc. Estadual:</b>	Número da NFS-e <b>269</b>	  Autenticidade
	Situação <b>Emitida</b>	
	Tipo <b>Preenchido</b>	

### Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

 <b>ESTADO DE SANTA CATARINA</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE TAIÓ</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA</b>	<b>Identificador</b> 8351 0803 2408 1806 3002 7300 8152 0240 3738 9781	
		
	Data Fato Gerador <b>08/03/2024</b>	Data/Hora Emissão <b>08/03/2024, 08:18</b>

#### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social <b>FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL</b>		CPF/CNPJ <b>83.181.297/0001-66</b>
Endereço <b>RODOVIA ALAMEDA RODOVIA LEOBERTO LEAL</b>	Número <b>239</b>	Complemento <b>NÃO INFORMADO</b>
Bairro <b>CENTRO</b>	CEP <b>88.443-000</b>	Cidade - Estado <b>Vidal Ramos - SC</b>

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Quant.	Unid.	Vir. Unid.	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
403	1	UN	83.520,00	8377	4%	TIST	83.520,00	0,00	0,00	3.340,80
<b>Descrição do Serviço:</b> Referente plantões médicos prestados Competência: 02/2024										
<b>Valor Total</b>		<b>Desc. Incondicional</b>		<b>Dedução</b>		<b>Base de Cálculo</b>		<b>ISSQN</b>		
83.520,00		0,00		0,00		83.520,00		0,00		
<b>ISSRF</b>		<b>IR</b>		<b>INSS</b>		<b>CSLL</b>		<b>COFINS</b>		
3.340,80		1.252,80		0,00		835,20		2.505,60		
<b>PIS</b>		<b>Outras Retenções</b>		<b>Total Trib. Federais</b>		<b>Desc. Condicional</b>		<b>Valor Líquido</b>		
542,88		0,00		5.136,48		0,00		75.042,72		

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dados para depósito

Banco: Unicred - 136  
 Ag: 1501  
 C/C: 102698-4  
 Titular: Waltrick serviços médicos S/S

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.  
 403 Hospitais, clínicas, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Legenda do Local de Prestação do Serviço  
 8377 Vidal Ramos

Outras Informações

TIST - Tributada Integralmente com Substituição Tributária  
 (403) Serviço não tributável no município do prestador. O ISSQN é devido no município onde o serviço foi prestado.

Contribuinte enquadrado como Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 161/2021 de 15/07/2021 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:  
<https://taio.atende.net/atoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/8351080324081806300273008152024037389781>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 22/04/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$11.233,44 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$1.737,22 (2,08%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

G331181324305989020  
18/03/2024 13:29:37

---

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 2775-8  
Conta corrente 31954-6 F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V

**Creditado**

Banco 136 CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED  
Agência (sem DV) 1501 PAC LAGES UNICRED  
Conta corrente (com DV) 1026984  
CNPJ 27.300.815/0001-42  
Nome favorecido WALTRICK SERVICOS MEDICOS S/S  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 31.801  
Valor 11.255,69  
Destinação 0  
Data transferência 18/03/2024

"C" - CPF/CNPJ  
diferente

Autenticação SISBB F1E7FF80FCE6A645

---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	18/03/2024 13:25:36
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	18/03/2024 13:29:37

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

CNPJ  
**83.181.297/0001-66**

Razão Social  
**FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL**

Período de Apuração  
**Fevereiro/2024**

Data de Vencimento  
**20/03/2024**

Número do Documento  
**07.16.24072.2720414-3**

Pagar este documento até  
**20/03/2024**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000213860240**

Valor Total do Documento  
**9.520,87**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024	1.013,64			1.013,64
0561	IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PA 07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024	2.620,46			2.620,46
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ 06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024	1.435,80			1.435,80
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV 07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV PA:02/2024 Vencimento:20/03/2024	4.450,97			4.450,97
	<b>Totais</b>	<b>9.520,87</b>			<b>9.520,87</b>

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

Pague com o PIX

85850000095 9 20870385240 8 80071624072 7 27204143019 0

CNPJ: 83.181.297/0001-66  
Número: 07.16.24072.2720414-3  
Pagar até: 20/03/2024  
Valor: 9.520,87



---

**Pagamento de outros convênios**

---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
18/03/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.29.38  
2775802775

**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
EFETUADO POR: MARCIANO DE SOUZA

=====  
Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS  
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.  
Codigo de Barras 8585000095-9 20870385240-8  
80071624072-7 27204143019-0  
Data do pagamento 18/03/2024  
Numero do Documento 07.16.24072.2720414-3  
Valor Total 9.520,87  
-----

Modelo aprovado pelo Ato Declaratorio Executivo  
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

Pagamento agendado.

Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação  
de segurança e será processada após análise.  
O comprovante definitivo somente sera emitido  
apos a quitacao.

---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	18/03/2024 13:26:47
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	18/03/2024 13:29:37

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.



Recebemos de VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 01/03/2024 Dest/Reme: F.M.A.T.R VIDAL RAMOS Valor Total: 800,00		<b>NF-e</b> <b>Nº 000.014.207</b> <b>Série 001</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA</b> <b>ME</b>	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
RUA 13 DE AGOSTO, 272, SALA 2 BLOCO B - NAVEGANTES - RIO DO SUL - SC - CEP: 89160-000 Fone: (47)3522-7095	0 - ENTRADA 1 - SAÍDA	CHAVE DE ACESSO <b>4224 0306 2231 7900 0122 5500 1000 0142 0710 0383 7300</b>
	<b>Nº 000.014.207</b> <b>SÉRIE 001</b> <b>FOLHA 1/1</b>	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 DIRETA --		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>342240055908460 01/03/2024 14:49:00</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL 254755208	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 06.223.179/0001-22

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>			
NOME / RAZÃO SOCIAL F.M.A.T.R VIDAL RAMOS		CNPJ / CPF 83.181.297/0001-66	DATA DA EMISSÃO 01/03/2024
ENDEREÇO RUA LEOBERTO LEAL, 001		BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 88443-000
MUNICÍPIO VIDAL RAMOS	UF SC	TELEFONE / FAX (47)3356-1171	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 14:48:13

<b>FATURA</b>	
DADOS DA FATURA	Número: 14207 - Valor Original: R\$ 800,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 800,00

<b>DUPLICATAS</b>	
Número : 001	
Vencimento : 28/03/2024	
Valor : R\$ 800,00	

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	800,00	
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	800,00

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
NOME / RAZÃO SOCIAL A MESMA		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO RIO DO SUL			UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 4	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>															
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	% DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	% IPI	
8	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 10M3 ONU 1072/CLASSE 2.2/N DE RISCO 25	28044000	0101	5102	UN	4,00	200,00	0,00	800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

<b>DADOS ADICIONAIS</b>											
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EMPRESA OPTANTE SIMPLES NACIONAL DECLARAMOS QUE O PRODUTO ESTA ADEQUADAMENTE ACONDICIONADO PARA SUPORTAR OS RISCOS NORMAIS DE CARREGAMENTO, DESCAREGAMENTO, TRANSPORTE E TRANSBORDO. DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO DEC 96044/88 RESOL. 420/2004.PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS NO VALOR DE R\$ 22,48 CORRESPONDENTE A ALÍQUOTA DE 2,81 % NOS TERMOS DO ART 23 DA LC 123											
RESERVADO AO FISCO											



085-0

08591.15008 20028.588901 00008.990012 9 96690000080001

Local de Pagamento <b>Pagar preferencialmente nas cooperativas do Sistema AILOS.</b>					Vencimento <b>28/03/2024</b>	
Beneficiário <b>VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME</b>			CNPJ/CPF <b>06.223.179/0001-22</b>		Agência / Código do Beneficiário <b>0115-5/28588-9</b>	
Data do Documento <b>01/03/2024</b>	Nº do Documento <b>14207/0001</b>	Especie Doc. <b>DM</b>	Acerto <b>N</b>	Data de Processamento <b>01/03/2024</b>	Nosso Número / Cód. do Documento <b>00285889000008990</b>	
Usa de Banco	Carteira <b>01</b>	Especie Moeda <b>R\$</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Valor do Documento <b>800,00</b>	
Instruções <b>APOS VENCIMENTO, COBRAR: 1,00% JUROS AO MES E MULTA DE 2,00%</b>					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(-) Juros / Multa	
					(+/-) Outras Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Pagador <b>F.M.A.T.R VIDAL RAMOS - 83.181.297/0001-66</b> <b>RUA LEOPOLDO LEAL, 1</b> <b>88443000 - CENTRO - VIDAL RAMOS SC</b>						
Beneficiário Final				Código de Barra		
				Autenticação Mecânica		

FICHA DE COMPENSAÇÃO



Firefox

<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSes>18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6

=====

COOPERATIVA CENTRAL DE CREDITO

08591150082002858890100008990012996690000080000

BENEFICIARIO:

VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA

NOME FANTASIA:

VI GASES

CNPJ: 06.223.179/0001-22

BENEFICIARIO FINAL:

VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME

CNPJ: 06.223.179/0001-22

PAGADOR:

F.M.A.T.R VIDAL RAMOS

CNPJ: 83.181.297/0001-66

-----

NR. DOCUMENTO 31.803

DATA DE VENCIMENTO 28/03/2024

DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024

VALOR DO DOCUMENTO 800,00

VALOR COBRADO 800,00

=====

NR.AUTENTICACAO 1.188.AC5.64E.64F.7A9

-----

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

RECEBEMOS DE INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

PED.: 119001147C



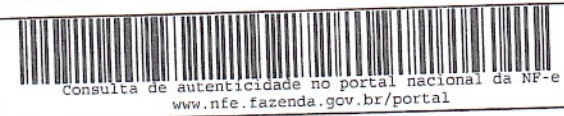
NF-e  
Nº. 335951  
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

335951

Identificação do Emitente  
**INOVAMED HOSPITALAR LTDA**  
RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706-250  
Telefone: (54)2106-7930  
E-mail: inovamed@inovamedhospitalar.com

**DANF-e**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº. 335951  
SÉRIE 1  
FL 1 of 2



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

CHAVE DE ACESSO  
4324 0212 8890 3500 0102 5500 1000 3359 5111 2934 8074

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0390157570  
INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO: 257946314  
CNPJ: 12.889.035/0001-02  
Protocolo de Autorização/Data e Hora: 143240046951525 26/02/2024 11:33:42

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
NOME/RAZÃO SOCIAL: 9048 FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS  
CNPJ/CPF: 83.181.297/0001-66  
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2024  
DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 26/02/2024  
RUA LEOBERTO LEAL S/N CENTRO  
UF: SC  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 254530630  
CEP: 88443-000  
MUNICÍPIO: VIDAL RAMOS  
Telefone/Fax: (47)3356-1171

Nº	Venc	Valor	Nº	Venc	Valor
1	27/03/24	567,64	2	26/04/24	567,64

CÁLCULO DO IMPOSTO  
BASE DE CÁLCULO DE ICMS: 1.135,28  
VALOR DO ICMS: 102,29  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.: 0,00  
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 1.135,28  
VALOR DO FRETE: 0,00  
VALOR DO SEGURO: 0,00  
VALOR DO DESCONTO: 0,00  
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00  
VALOR DO IPI: 0,00  
VALOR TOTAL DA NOTA: 1.135,28

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS  
RAZÃO SOCIAL: 1587 MULTISCV TRANSPORTES LTDA  
FRETE POR CONTA: 0 - Emitente  
CÓDIGO ANTT: PC 1234  
PLACA DO VEÍCULO: RS  
UF: SC  
CNPJ/CPF: 04.169.737/0001-93  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 254530630  
RODOVIA BR 282 KM 376, 4 - INTERIOR  
MUNICÍPIO: HERVAL D OESTE  
QUANTIDADE: 5  
ESPÉCIE: LATA  
MARCA: LATA  
NUMERAÇÃO: 5  
PESO BRUTO: 19,16  
PESO LÍQUIDO: 19,16

ENDEREÇO DE ENTREGA  
RUA LEOBERTO LEAL  
NÚMERO: 239  
COMPLEMENTO: PRONTO SOCORRO  
BAIRRO: CENTRO  
CEP: 88443-000  
MUNICÍPIO: VIDAL RAMOS  
UF: SC

QTD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD	V. UN.	V. TOTAL	FMC	BC ICMS	V. ICMS	ALIC. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST
50	UNI HALOPER 6 MG/ML 1 ML (C1) (S) HALOPERIDOL (C1) PRINCIPIO ATIVO: HALOPERIDOL CX C/50 AMP EAN: 7896006260370 FAB: 04/09/2023 BASE ST UN: 0,000	30049069	500	6108	AM	50	1,6708	83,54	5,95	83,54	10,02	12,00	0,00	0,00
300	CATETER PERIFERICO 22 G CATETER PERIFERICO PRINCIPIO ATIVO: CATETER PERIFERICO CX C/100 UN EAN: 7898283818875 FAB: 01/08/2023 BASE ST UN: 0,000	90183029	200	6108	UN	300	0,5814	174,43	0,00	174,43	6,98	4,00	0,00	0,00
500	LUVA LATEX PROC C/PO M - STANDARD LUVA PROCEDIMENTO PRINCIPIO ATIVO: LUVA PROCEDIMENTO LÁTEX CX C/100 UN EAN: 7898963620129 FAB: 24/08/2023 BASE ST UN: 0,000	40151200	200	6108	UN	500	0,2499	124,95	0,00	124,95	5,00	4,00	0,00	0,00
200	LUVA LATEX CIRURGICA C/PO 8,0 SENSITEX LUVA PROCEDIMENTO PRINCIPIO ATIVO: LUVA PROCEDIMENTO CIRURGICO CX C/200 PAR EAN: 7806098810637 FAB: 30/08/2022 BASE ST UN: 0,000	40151200	500	6108	PA	200	1,396	279,20	0,00	279,20	33,50	12,00	0,00	0,00
500	LUVA LATEX PROC C/PO P LUVA PROCEDIMENTO LÁTEX PRINCIPIO ATIVO: LUVA PROCEDIMENTO LÁTEX CX C/100 UN EAN: 7898283814668 FAB: 01/10/2023 BASE ST UN: 0,000	40151200	200	6108	UN	500	0,2499	124,95	0,00	124,95	5,00	4,00	0,00	0,00
500	EQUIPO MACROGOTA LUER SLIP EQUIPO PRINCIPIO ATIVO: EQUIPO CX C/25 UN EAN: 7898283815724 FAB: 01/10/2023	90189010	600	6108	UN	500	0,6984	348,21	0,00	348,21	41,79	12,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS  
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  
VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 206,71 (18,21%)  
HOR DE RECEBIMENTO: 08:00 AS 12:00 E DAS 13:30 AS 17:30 / /  
/OBSERVAÇÃO: DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 132-5 CC 161027-9-PIX BB: 12.889.035/0001-02  
NCM: 4015 - MERCADORIA DESTINADA PARA USO HOSPITALAR E/ OU LABORATORIAL  
NCM: 9018 - MERCADORIA DESTINADA PARA USO HOSPITALAR E/ OU LABORATORIAL  
VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$55,55 + FCP R\$0,00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0,00.  
VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$55,16 + FCP R\$0,00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0,00.

RECEBEMOS DE INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

PED.: 1190011470



NF-e  
Nº. 335951  
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

335951

Identificação do Emitente  
**INOVAMED HOSPITALAR LTDA**  
  
RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99708-250  
Telefone: (54)2106-7930  
E-mail: inovamed@inovamedhospitalar.com

**DANF-e**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA 1  
Nº. 335951  
SÉRIE 1 FL 2 of 2



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

CHAVE DE ACESSO

4324 0212 8890 3500 0102 5500 1000 3359 5111 2934 8074

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
0390157570

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO  
257946314

CNPJ  
12.889.035/0001-02

Protocolo de Autorização(Data e Hora)

143240046951525 26/02/2024 11:33:42

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Cód.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	PWC	BC. ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	BC. ICMS ST	V. ICMS ST
BASE ST UN: 0,000 VALOR ST: 0,000 REG. MS: 10330669065														

FIM DOS PRODUTOS

1.135,28



**BANCO DO BRASIL 001-9** | 00190.00009 03418.708008 00076.016179 9 96680000056764

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				VENCIMENTO 27/03/2024	
BENEFICIÁRIO INOVAMED HOSPITALAR LTDA RUA DR. JOAO CARUSO INDUSTRIAL ERECHIM RS CNPJ: 12889035000102 CEP 99706-250				AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE 132-5 / 161027-9	
DATA DOCUMENTO 26/02/2024	NÚMERO DOCUMENTO 335951-1	ESP. DOC DM	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 26/02/2024	NOSSO NÚMERO 34187080000076016
USO DO BANCO	CARTEIRA 17	ESPECIE MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR	= VALOR DO DOCUMENTO 567,64
<b>INSTRUÇÕES</b> A DUPLICATA NÃO DEVERÁ CONTER RASURAS OU CARACTERES DATILOGRAFADOS. A LIQUIDAÇÃO DA PARCELA DEVE OCORRER VIA BOLETO COBRAR MORA DIARIA DE R\$ 0,95 PROTESTAR NO 5º DIA UTIL APÓS O VENCIMENTO NUM. MAPA : 38238 VEND. : 119 NUM. N.FISCAL : 335951 - 1 NÃO É PERMITIDO PAGAMENTO AO REPRESENTANTE. 132-5 / 161027-9 34187080000076016 INOVAMED HOSPITALAR LTDA ACRÉSCIMO REF. A TARIFA BANCÁRIA					- DESCONTO/ABATIMENTO 0,00
					- OUTRAS DEDUÇÕES
					- JUROS/MULTA
					+ OUTROS ACRÉSCIMOS 0,00
					= VALOR COBRADO 567,64
PAGADOR FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS RUA LEOBERTO LEAL VIDAL RAMOS SC CEP : 88443-000				9048 83.181.297/0001-66 CEP : 88443-000	
CACADOR / AVALISTA INOVAMED HOSPITALAR LTDA				12889035000102	



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA **Ficha de Compensação**

Firefox

<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSessa>

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
 AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
 =====  
 BANCO DO BRASIL

0019000009034187080080007601617999668000056764  
 BENEFICIÁRIO:  
 INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
 NOME FANTASIA:  
 INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
 CNPJ: 12.889.035/0001-02  
 PAGADOR:  
 FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRA  
 CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO 31.804  
 NOSSO NUMERO 34187080000076016  
 CONVENIO 03418708  
 DATA DE VENCIMENTO 27/03/2024  
 DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024  
 VALOR DO DOCUMENTO 567,64  
 VALOR COBRADO 567,64

NR.AUTENTICACAO 5.987.3B9.6F6.4E7.FB0  
 =====

Central de Atendimento BB  
 4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
 0800 729 0001 Demais localidades.  
 Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
 0800 729 0722  
 Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
 produtos e servicos.

Ouvidoria  
 0800 729 5678  
 Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
 habituais agencia, SAC e demais canais de  
 atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

Recebemos de VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Emissão: 29/02/2024 Dest/Rem: F.M.A.T.R VIDAL RAMOS Valor Total: 720,00

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000.014.185  
Série 001

**VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME**  
RUA 13 DE AGOSTO, 272, SALA 2 BLOCO B - NAVEGANTES - RIO DO SUL - SC - CEP: 89160-000  
Fone: (47)3522-7095

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA 1 - SAÍDA **1**  
Nº 000.014.185  
SÉRIE 001  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO  
4224 0206 2231 7900 0122 5500 1000 0141 8516 3643 7148

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 DIRETA --

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
342240054594086 29/02/2024 15:04:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL 254755208 INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO CNPJ 06.223.179/0001-22

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL F.M.A.T.R VIDAL RAMOS CNPJ / CPF 83.181.297/0001-66 DATA DA EMISSÃO 29/02/2024

ENDEREÇO RUA LEOBERTO LEAL, 001 BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 88443-000 DATA DA SAÍDA 29/02/2024

MUNICÍPIO VIDAL RAMOS UF SC TELEFONE / FAX (47)3356-1171 INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 15:03:38

**FATURA**

DADOS DA FATURA Número: 14185 - Valor Original: R\$ 720,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 720,00

**DUPLICATAS**

Número : 001  
Vencimento : 25/03/2024  
Valor : R\$ 720,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	720,00		
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	720,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL A MESMA FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF

ENDEREÇO MUNICÍPIO RIO DO SUL UF SC INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTA

QUANTIDADE 4 ESPÉCIE MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	% DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
8	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 10M3 ONU 1072/CLASSE 2.2/N DE RISCO 25	28044000	0101	5102	UN	3,00	200,00	0,00	600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	OXIGENIO MEDICINAL COMPRIMIDO 3M3 ONU 1072/CLASSE 2.2/N DE RISCO 25	28044000	0101	5102	UN	1,00	120,00	0,00	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
EMPRESA OPTANTE SIMPLES NACIONAL DECLARAMOS QUE O PRODUTO ESTA ADEQUADAMENTE ACONDICIONADO PARA SUPORTAR OS RISCOS NORMAIS DE CARREGAMENTO, DESCARREGAMENTO, TRANSPORTE E TRANSBORDO. DE ACORDO COM A LEGISLACAO DEC 96044/88 RESOL. 420/2004.

RESERVADO AO FISCO



085-0

08591.15008 20028.588901 00008.978017 8 96660000072000

Local de Pagamento <b>Pagar preferencialmente nas cooperativas do Sistema AILOS.</b>					Vencimento <b>25/03/2024</b>
Beneficiária <b>VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME</b>			CNPJ/CPF <b>06.223.179/0001-22</b>	Agência / Código do Beneficiário <b>0115-5/28588-9</b>	
Data do Documento <b>01/03/2024</b>	Nº do Documento <b>14185/0001</b>	Especie Doc. <b>DM</b>	Acete <b>N</b>	Data de Processamento <b>01/03/2024</b>	Novo Número / Cód. do Documento <b>00285889000008978</b>
Usr do Banco	Cartera <b>01</b>	Especie Moeda <b>R\$</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento <b>720,00</b>
Instruções <b>APOS VENCIMENTO, COBRAR: 1,00% JUROS AO MES E MULTA DE 2,00%</b>					(-) Descontos / Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(-) Juros / Multa
					(-) Outros Acréscimos
					(-) Valor Corrigido
Pagador <b>F.M.A.T.R VIDAL RAMOS - 83.181.297/0001-66</b> <b>RUA LEOPOLDO LEAL, 1</b> <b>88443000 - CENTRO - VIDAL RAMOS SC</b>					
Beneficiário Final					Código do Banco Autenticação Mensagem

FICHA DE COMPENSAÇÃO



<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSessa...>

efox

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
=====

COOPERATIVA CENTRAL DE CREDITO

08591150082002858890100008978017896660000072000

BENEFICIARIO:  
VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA

NOME FANTASIA:

VI GASES

CNPJ: 06.223.179/0001-22

BENEFICIARIO FINAL:

VALDECIR SPERANDIO E CIA LTDA ME

CNPJ: 06.223.179/0001-22

PAGADOR:

F.M.A.T.R VIDAL RAMOS

CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO	31.805
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	720,00
VALOR COBRADO	720,00

NR. AUTENTICACAO 8.F57.E55.C1F.BE7.733

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
solucionadas nos canais

**CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.LTDA**  
RUA LUIZ FAGUNDES, 1486  
PICADAS DO SUL - 88106-000  
Sao Jose - SC Fone/Fax: 5121079000

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.391.732  
Série 020  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

4224 0294 5166 7100 0234 5502 0000 3917 3210 3372 1203

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

342240049183362 - 23/02/2024 17:39:52

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda Mercadoria Tribut.

INSCRIÇÃO ESTADUAL

255934807

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ - CPF

94.516.671/0002-34

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME - RAZÃO SOCIAL

7234 - FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL

CNPJ - CPF

83.181.297/0001-66

DATA DA EMISSÃO

23/02/2024

ENDEREÇO

R LEONARDO LEAL, 239

BARRIO - DISTRITO

CENTRO

CEP

88443-000

DATA DA SAÍDA ENTRADA

23/02/2024

MUNICÍPIO

VIDAL RAMOS

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SC 4733561171

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA ENTRADA

17:38:26

FATURA/DUPLICATA

Num. 001  
Venc. 24/03/2024  
Valor R\$ 814,94

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. ICMS UF DEST.	V. TOTAL PRODUTOS
814,94	138,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	814,94
VALOR DO IRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	814,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME - RAZÃO SOCIAL

SAO GABRIEL TRANSPORTES LTDA

FRETE

0-Por conta do Emit

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ - CPF

15.488.297/0009-00

ENDEREÇO

R RONEY HENRIQUE HEIDERSCHIEDT S/N

MUNICÍPIO

PALHOÇA

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

258389265

QUANTIDADE

ESPECIF

VOLUME(S)

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

16,240

PESO LÍQUIDO

16,240

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC.	V. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1326	COLETOR 13LT DESCARPACK C 20-0160301-DESCARPACK Valor de impostos nesse item: R\$ 34,06	48191000	000	5102	UN	20,0000	6,9000	138,00	0,00	138,00	23,46	0,00	17,00	0,00
904	DIAZEPAM 5MG C 200CP - P.344 98-B1-COMPAZ-CRISTALIA Valor de impostos nesse item: R\$ 3,73 vPMC: 0,21 cProdANVISA: 1029800080088 ANVISA: 1029800080088	30049064	000	5102	CP	200,0000	0,1097	21,94	0,00	21,94	3,73	0,00	17,00	0,00
10025	COMPRESSA GAZ 7,5X7,5 13F C/500 ULTRACOTTON-8103-MELHOR MED Valor de impostos nesse item: R\$ 55,52 cProdANVISA: 0080384550002 ANVISA: 0080384550002	50059090	000	5102	PCT	10,0000	22,5000	225,00	0,00	225,00	38,25	0,00	17,00	0,00
11228	ADAPTADOR PARA FRASCO DE SORO C 100-002117-RMDESC Valor de impostos nesse item: R\$ 6,80 cProdANVISA: 0080263409019 ANVISA: 0080263409019	90189099	200	5102	UN	100,0000	0,4000	40,00	0,00	40,00	6,80	0,00	17,00	0,00
2428	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG 2ML C 100AMP - P.344 98-A2-TRAMADON-CRISTALIA Valor de impostos nesse item: R\$ 35,70 vPMC: 19,23 cProdANVISA: 1029802610076 ANVISA: 1029802610076	30049039	000	5102	AM	100,0000	2,1000	210,00	0,00	210,00	35,70	0,00	17,00	0,00
5145	MORFINA 10MG ML 1ML GEN C/100AMP AD IV IM SC - P.344 98-A1-GENERICO-4HIPOLABOR Valor de impostos nesse item: R\$ 30,60 vPMC: 6,06 cProdANVISA: 1134301630034 ANVISA: 1134301630034	30049099	000	5102	AM	100,0000	1,8000	180,00	0,00	180,00	30,60	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: 550679 Nro. Pedido: 550679 Atendente: 16729 Mesaca Pallet: 36 \*\*\* ATENÇÃO PREZADO  
CLIENTE! AO RECEBER A SUA MERCADORIA, CONFIRA TODOS OS VOLUMES, IDENTIFICADA  
QUAISQUER AVARIA, VIOLAÇÃO OU FALTA, FAÇA IMEDIATAMENTE A OBSERVAÇÃO NO VERSO  
DA 2ª VIA DO COMPROVANTE DE ENTREGA DA TRANSPORTADORA, EM CASO DE D E S I S T E N C I A , O  
PRAZO PARA RECLAMAÇÃO É DE ATÉ 15 DIAS APÓS EMISSÃO DA NOTA. NÃO ACEITAREMOS  
RECLAMAÇÕES POSTERIORES. OBRIGADO! \*\*\* VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$ 166,41  
Email do Destinatário: hospitalvr@yahoo.com.br

RESERVADO AO FISCO





001-9

00190.00009 01697.050001 00711.790170 7 96650000081494

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO</b>					Vencimento 24/03/2024
Beneficiário CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.LTDA CNPJ: 94.516.671/0002-34 - - SC					Agência / Código do Beneficiário 4044-4 / 5313-9
					Nosso Número / Cód. Documento 16970500000711790
Data do Documento 23/02/2024	Número do Documento 0391732 / 1 - TIT	Espécie do Documento DM	Acerto N	Data de Processamento 26/02/2024	Valor do Documento 814,94
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento
Instruções NAO DISPENSAR OS JUROS PROTESTO NO 5º DIA UTIL APOS VENCIMENTO  APÓS VENCIMENTO, COBRAR MULTA DE 2% Valor de Juros: R\$ 1,63 ao dia.					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa 0,00
					(+) Outros Acréscimos
					(-) Valor Cobrado
Pagador 7234 - FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL R LEOBERTO LEAL, 239 88443000 Pagador / Avalista					83.181.297/0001-66

Autenticação Mecânica FICHA DE COMPENSAÇÃO



<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSes>

Firefox

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
 AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
 =====  
 BANCO DO BRASIL  
 =====  
 00190000090169705000100711790170796650000081494  
 BENEFICIARIO:  
 CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO  
 NOME FANTASIA:  
 CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO DE PR  
 CNPJ: 94.516.671/0001-53  
 PAGADOR:  
 FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRA  
 CNPJ: 83.181.297/0001-66  
 =====

NR. DOCUMENTO 31.806  
 NOSSO NUMERO 16970500000711790  
 CONVENIO 01697050  
 DATA DE VENCIMENTO 24/03/2024  
 DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024  
 VALOR DO DOCUMENTO 814,94  
 VALOR COBRADO 814,94  
 =====

NR.AUTENTICACAO 3.16A.09E.074.425.48D  
=====

Central de Atendimento BB  
 4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
 0800 729 0001 Demais localidades.  
 Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
 0800 729 0722  
 Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
 produtos e servicos.

Ouvidoria  
 0800 729 5678  
 Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
 habituais agencia, SAC e demais canais de  
 atendimento.

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>Londricir</b> Medicamentos e Produtos Hospitalares <b>LONDRICIR 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	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA	 <b>CHAVE DE ACESSO</b> 4124 0100 3392 4600 0192 5500 1000 3993 0012 3306 7256
	Nº 000.399.300 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1	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

<b>NATUREZA DA OPERAÇÃO</b> VENDAS FORA DO ESTADO		<b>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b> 141240024472823 25/01/2024 13:51:17
<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> 601.28757-95	<b>INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO</b>	<b>CNPJ</b> 00.339.246/0001-92

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b> NOME/RAZÃO SOCIAL HOSPITAL VIDAL RAMOS		<b>CNPJ/CPF/Estrangeiro</b> 83.181.297/0001-66	<b>DATA DE EMISSÃO</b> 25/01/2024
<b>ENDEREÇO</b> RUA LEOBERTO LEAL, 239		<b>BAIRRO/DISTRITO</b> CENTRO	<b>CEP</b> 88443-000
<b>MUNICÍPIO</b> VIDAL RAMOS	<b>UF</b> SC	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>	<b>HORA DE SAÍDA</b>

<b>FATURA/DUPLICATA</b> 001 24/02/24 R\$ 1.259,00		002 25/03/24 R\$ 1.259,00	
--	--	---------------------------	--

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b> BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.518,00		VALOR DO ICMS 302,16	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS 668,87	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.518,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 2.518,00	

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> RAZÃO SOCIAL B TRANSPORTES LTDA (BAUER)		<b>FRETE POR CONTA</b> 0-Rem (CIF)	<b>CODIGO ANTT</b>	<b>PLACA DO VEICULO</b>	<b>UF</b> PR	<b>CNPJ/CPF</b> 04.353.469/0010-56
<b>ENDEREÇO</b> RUA CYRO CORREIA PEREIRA, 3331		<b>MUNICÍPIO</b> CURITIBA		<b>UF</b> PR		<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> 906.40186-01
<b>QUANTIDADE</b> 11	<b>ESPECIE</b>	<b>MARCA</b>	<b>NUMERAÇÃO</b>	<b>PESO BRUTO</b> 114,000	<b>PESO LÍQUIDO</b> 114,000	

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VLR APROX. TRIBUTOS
25272	COLETOR DE URINA SIST.FECH 2000ML COD-6280 UN MEDIX cProdANVISA=0080495510024 PMC=0,00 Lote=230420 Qtd=20 Fab=01/04/2023 Val=30/03/2028 Cod Barras (cEan): 7898652370717	39269030	700	6108	UN	20	3,35	67,00	67,00	8,04	12	21,50
23501	SONDA FOLEY LATEX SILICONIZADA 3 VIAS 30CC NR 22 CX/C/10 UN SOLIDOR cProdANVISA=0010369460176 PMC=0,00 Lote=10323051 Qtd=1 Fab=01/05/2023 Val=31/05/2028 Cod Barras (cEan): 17898157728591	90183921	700	6108	CX	1	35,00	35,00	35,00	4,20	12	11,23
22022	SORO FISIOLÓGICO 100ML (FRASCO) COD-1510011 UN FRESENIUS cProdANVISA=1004100980129 PMC=0,00 Lote=74SH3572 Qtd=400 Fab=13/08/2023 Val=13/07/2025 Cod Barras (cEan): 7897947706477	30049099	500	6108	UN	400	4,30	1.720,00	1.720,00	206,40	12	452,88
22024	SORO FISIOLÓGICO 500ML (FRASCO) COD-1510013 UN FRESENIUS cProdANVISA=1004100980102 PMC=0,00 Lote=74SK4488 Qtd=120 Fab=05/10/2023 Val=05/09/2025 Cod Barras (cEan): 7897947706491	30049099	500	6108	UN	120	5,80	696,00	696,00	83,52	12	183,26

**ATENÇÃO**  
 BOLETO EM ANEXO  
 SUJEITO A PROTESTO  
 APÓS 3 DIAS DO  
 VENCIMENTO.

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino: R\$125,90. INSCRIÇÃO AUXILIAR NO ESTADO DE SC DE Numero 26.043.786-7, DISPENSADO DO RECOLHIMENTO DO DIFAL EM GNRE PED: 890783 Vendedor: JENIFFER DOS REIS FERNANDES Sep: WILLIAN Conf: WANDERLEI Val aprox dos tributos R\$ 668,87 (26,56%) Fonte:IBPT PIS COFINS - ALIQUOTA ZERO CONFORME INCISO III ARTIGO PRIMEIRO DECRETO 6426/2008: Produtos(23501, 25272) PIS COFINS - ALIQUOTA ZERO CONFORME ARTIGO 2 DA LEI 10147/2000: Produtos(22022, 22024) - Partilha ICMS operação interestadual consumidor final, disposto na Emenda constitucional 87/2015. Valor ICMS para UF destino: R\$ 125,90. Valor FCP para o destino: R\$ 0,00. Valor ICMS UF remetente: R\$ 0,00.	<b>RESERVADO AO FISCO</b>
--	---------------------------

Local de Pagamento:

**PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ VENCIMENTO**

Vencimento

**25/03/2024**

Beneficiário:

LONDRICIR COMERCIO DE MAT HOSPITALAR LTDA

CNPJ/CPF:

00.339.246/0001-92

Agência/Código do Beneficiário

4294-3 / 5869633

Data do Documento

25/01/2024

No. do Documento

399300/02

Espécie Doc.

**DM**

Acelte

N

Data Processamento

25/01/2024

Nosso Número

0130156-0

Uso do Banco

Carteira

101

Espécie Moeda

**R\$**

Quantidade

Valor

( = ) Valor do Documento

**1.259,00**

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre o boleto, contate o BENEFICIÁRIO.

( - ) Descontos/Abatimentos

APÓS VENCTO COBRAR MULTA DE 2%.

APÓS VENCTO MORA DIÁRIA R\$ 3,36

( + ) Mora/Multa

ESTE BOLETO SERÁ ENCAMINHADO PARA PROTESTO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO.

NÃO AUTORIZADO O PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE.

( = ) Valor Cobrado

Pagador :

HOSPITAL VIDAL RAMOS

RUA LEOBERTO LEAL 239

88443000

VIDAL RAMOS

SC

CNPJ: 83.181.297/0001-66

CENTRO

Sacador / Avalista:

CNPJ:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

**Ficha de Compensação**<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSessa...>

refox

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339958696633000001330156001015296660000125900

BENEFICIARIO:

LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL

NOME FANTASIA:

LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL HOSP

CNPJ: 00.339.246/0001-92

BENEFICIARIO FINAL:

LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL HOSP

CNPJ: 00.339.246/0001-92

PAGADOR:

HOSPITAL VIDAL RAMOS

CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO	31.807
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.259,00
VALOR COBRADO	1.259,00

NR.AUTENTICACAO C.132.4CC.546.B2E.3C0

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

RECEPTOS DE HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA OS PRODUTOS/SERVIS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AQUI ADO		DATA DE RECEBIMENTO	NF-e
IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		DESTINATARIO FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS	Nº 12587
		VLR TOTAL NOTA RS 1.340,00	SÉRIE 1

 <b>HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA</b> AV GOVERNADOR ADOLFO KONDER, 231 - CAMPINAS - Sao Jose, SC - CEP : 88101400 - Fone : 4832470555	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <input checked="" type="checkbox"/> 1	 CHAVE DE ACESSO 4224 0205 8888 8100 0142 5500 1000 0125 8717 5739 2088 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou no site da Sefaz Autorizadora
	Nº. 12587 SÉRIE: 1 FOLHA 1/1	

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>5102 VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>342240047554907 22/02/2024 13:23:49</b>
--	---

INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>254641989</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB	CNPJ <b>05.888.881/0001-42</b>
--	-----------------------------------	-----------------------------------

DESTINATARIO PRESENTANTE			CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME RAZÃO SOCIAL <b>FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS</b>			<b>83.181.297/0001-66</b>	<b>22/02/2024</b>
ENDEREÇO <b>R LEOBERTO LEAL, S N</b>		BAIRRO/DISTRITO <b>CENTRO</b>	CEP <b>88443000</b>	DATA DA ENTRADA SAÍDA <b>22/02/2024</b>
MUNICÍPIO <b>VIDAL RAMOS</b>	FONE/FAX <b>4733561171</b>	UF <b>SC</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>ISENTO</b>	HORA DA ENTRADA SAÍDA <b>13:22:00</b>

ENTRADA DUPLICATA Fat nº: 1025 / Valor Orig.: 1.340,00 / Valor Liq.: 1.340,00 Dup. nº: 001 , Venc.: 23/03/2024 , Valor: 1.340,00
---

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS <b>0,00</b>	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>1.340,00</b>	
VALOR DO PRFTE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>1.340,00</b>

TRANSPORTADOR(A) DE UM(S) TRANSPORTADO(S)					
RAZÃO SOCIAL <b>ALFA TRANSPORTES LTDA</b>	TRETE POR CONTA <b>0 - Remetente</b>	CONTINGENTE	PLACADO VEICULO	UF <b>SC</b>	CNPJ <b>82.110.818/0001-21</b>
ENDEREÇO <b>AV ENGENHEIRO LOURENCO FAORO, 3300</b>	MUNICÍPIO <b>CACADOR</b>		INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>251894045</b>		
QUANTIDADE <b>02</b>	ESPECIE <b>CAIXAS</b>	MARCA	PESO BRUTO <b>5,000</b>	PESO LIQUIDO <b>5,000</b>	

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIS														
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
EE800700	EQUIPO AMISET EA 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) L NOV238007001251910 Val : 01/11/2026	90189099	0102	5102	UN	50,000	13,90	0,00	695,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EE802900	EQUIPO AMISET EA 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) L SET238029000470700 Val : 01/09/2026	90189099	0102	5102	UN	50,000	12,90	0,00	645,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL e NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS E DE IPI PEDIDO RECEBIDO POR WHATSAPP - ENVIADO POR MICHELE - BOLETO - 02 CAIXAS TRANSPORTADORA ALFA - COTACAO N. 13321005 - R\$ 57,69 Pedidos N: 1025 Val Aprox Tributos R\$ 219,09 (16,35%) Federal e R\$ 45,56 (3,40%) Estadual - Fonte: IBPT	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

**Sicredi|748-X|**

74891.12420 00859.802266 15139.601098 6 96640000134000

Local de pagamento <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI</b>					Vencimento 23/03/2024
Beneficiário <b>HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS PARA SAUDE LTDA</b>			CPF/CNPJ <b>05888881000142</b>		Agência / Código Beneficiário 0226.15.13960
Data do documento 22/02/2024	No documento NF 12587 / 01	Espécie doc. DMI	Aceite N	Data processamento 22/02/2024	Carteira / Nosso número 24/200859-8
Uso do banco	Carteira 331	Espécie R\$	Quantidade 1	Valor	(=) Valor documento R\$ 1.340,00
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SICREDI</b> <b>MORA DIÁRIA APÓS 23.03.2024 .....R\$ 13,40</b> <b>APÓS 23.03.2024 MULTA .....R\$ 26,80</b>					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador <b>FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS CNPJ: 83.181.297/0001-66</b> <b>R LEOBERTO LEAL,S N</b> <b>CENTRO - Vidal Ramos/SC - CEP: 88443-000</b>					Cód. baixa
Parcela 1 de 1					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação
Beneficiário Final					

<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSessa...>

firefox

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
=====BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
=====74891124200085980226615139601098696640000134000  
BENEFICIARIO:  
HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS P  
NOME FANTASIA:  
HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS P  
CNPJ: 05.888.881/0001-42  
BENEFICIARIO FINAL:  
HOMINUM COMERCIO DE PRODUTOS P  
CNPJ: 05.888.881/0001-42  
PAGADOR:  
FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRA  
CNPJ: 83.181.297/0001-66  
=====NR. DOCUMENTO 31.808  
DATA DE VENCIMENTO 23/03/2024  
DATA DO PAGAMENTO 18/03/2024  
VALOR DO DOCUMENTO 1.340,00  
VALOR COBRADO 1.340,00  
=====NR. AUTENTICACAO 8.817.98E.0D7.6DD.729  
=====Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

EMISSÃO: 01/02/2024 APRES.: 15/02/2024 NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE ÚNICA: 000.249.412.993 - FAT-01-202411104089070-6 REF.: 02/2024

FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TR

CPJ 83.181.297/0001-66

AV JORGE LACERDA, 1180

CENTRO / VR - VIDAL RAMOS - SC - 88443-000

Classificação: COMERCIAL, SERVICOS, OUTRAS ATIVIDADES / CONVENCIO

Tensão nominal ou contratada (V): 23100

Limites adequados de tensão (V): 21483 a 24255

Grupo de Tensão: B

Tipo de Tarifa: Convencional

Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA <b>583669</b>	VENCIMENTO <b>25/03/2024</b>
ATENDIMENTO AO CLIENTE LIGUE <b>0800 048 0120</b>	CONSUMO TOTAL FATURADO <b>7.574 kWh TP</b>
	VALOR ATÉ O VENCIMENTO <b>R\$ 4.868,11</b>

DADOS DA MEDIÇÃO

Equipamento: RG 42140969  
Unidade de medida: kWh TP  
Origem da leitura atual: FAT  
Data da leitura anterior: 31/12/2023  
Data da leitura atual: 31/01/2024  
Data da próxima leitura: 01/03/2024  
Número de dias faturados: 31  
Leitura atual: 2499184  
Leitura anterior: 2376018  
Constante de faturamento: 0,06  
Consumo medido no mês: 7390  
Consumo faturado no mês: 7574  
Fator de potência: 0,99

Dados do Faturamento	Faturado	Tarifa (R\$)	Valor (R\$)
Consumo TUSD	7.574	0,315073	2.386,36
Consumo Te	7.574	0,306870	2.324,23
Subtotal (R\$)			4.710,59
Lançamentos e Serviços			
Cosip Municipal			157,52
Subtotal (R\$)			157,52

HISTÓRICO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - kWh

Fev/2023	Mar/2023	Abr/2023	Mai/2023	Jun/2023	Jul/2023	Ago/2023	Sep/2023	Out/2023	Nov/2023	Dez/2023	Jan/2024
10931	4166	3985	4682	3954	4134	3938	3857	3932	4067	3875	7802

Mensagens:

Diferimento de ICMS: R\$ 964,81

Composição do Preço em R\$ (Art. 31, Res. 166/05):

DISTRIBUICAO	ENC. SETORIAIS	ENERGIA	TRANSMISSAO	TRIBUTOS	Soma Demonstr.
933,02	1.079,74	2.041,30	437,01	219,52	4.710,59

INCIDIRÃO SOBRE A CONTA PAGA APÓS O VENCIMENTO MULTA DE 2%, JUROS DE MORA DE 0,0333% AO DIA (CONF. LEI 10.438/02) E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA COM BASE NO IPCA A SEREM INCLUÍDOS NA PRÓXIMA CONTA.

INFORMAÇÃO DE TRIBUTOS					
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO		
ICMS	R\$ 0,00	17,00000%	R\$ 0,00		
COFINS	R\$ 4.710,57	3,83000%	R\$ 180,42		
PIS	R\$ 4.710,57	0,83000%	R\$ 39,10		
	R\$		R\$		

RESERVADO AO FISCO PERÍODO FISCAL: 01/02/2024

94DC.9CF8.4509.F2FB.B09F.2432.1A14.F0D2

CEDEnte	SACADO	ETAPA/LIVRO	VENCIMENTO		
CELESC AD CEN	FUNDAÇÃO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRAB RUR DE VIDAL RAMOS	65/021312	25/03/2024		
DATA DOCUMENTO	NUMERO REFERENCIA	DATA PROCESSAMENTO	UNIDADE CONSUMIDORA	REFERENCIA	VALOR COBRADO (R\$)
01/02/2024	FAT-01-202411104089070-68	01/02/2024	583669	02/2024	4.868,11

23790.34800 90004.939386 18013.613601 7 96660000486811

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
=====

BCO BRADESCO S.A.

-----  
23790348009000493938618013613601796660000486811

BENEFICIARIO:

CELESC DISTRIBUICAO SA

NOME FANTASIA:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

BENEFICIARIO FINAL:

CELESC DISTRIBUICAO SA

CNPJ: 08.336.783/0001-90

PAGADOR:

FUNDACAO MEDICO ASSISTENCIAL AO TRA

CNPJ: 83.181.297/0001-66  
-----

NR. DOCUMENTO	31.809
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	4.868,11
VALOR COBRADO	4.868,11

=====

NR. AUTENTICACAO

E.AC3.A24.923.D95.D4A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria


0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de  
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,  
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

<b>GTA - GESTAO AMBIENTAL LTDA</b> <b>CNPJ:</b> 04.813.163/0001-44 ESTRADA GERAL RIO NEGRO, 2200 CEP: 88355-578 - Bairro: VOLTA GRANDE Município: BRUSQUE - SC Telefone: (47) 30444156 Celular: (11) 30469000 Email: CONTATO@MARKACONTABIL.COM <b>Insc. Municipal:</b> 92805	Número da NFS-e <b>414</b>	
	Situação <b>Emitido</b>	

Documento seguro, emitido com gravação automática no servidor de banco de dados do Município

## Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

 <b>Estado de Santa Catarina</b> <b>Prefeitura Municipal de Brusque</b> Secretaria da Fazenda	Autenticidade <b>0180550107701855</b>	
	Data Emissão <b>14/03/2024</b>	Hora Emissão <b>15:44:46</b>

### TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social <b>FUNDO MEDICO ASSIST TRABALHADORES VIDAL RAMOS</b>	CPF/CNPJ <b>83.181.297/0001-66</b>
Endereço <b>alameda rodovia leoberto leal</b>	Número <b>239</b>
Bairro <b>centro</b>	CEP <b>88443-000</b>
	Complemento <b>VIDAL RAMOS - SC</b>

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
<b>709</b>	<b>8055</b>	<b>2.0000 %</b>	<b>TI</b>	<b>307,34</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**Descrição do Serviço:**  
 DESTINO FINAL OUTROS SERVICOS PERIODO DE 010224 A 290224 LEI 12.7412012 - VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS 14,25% Valor Liquido a Pagar: 307.34 Vencimento: 20032024

Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total	
<b>307,34</b>	<b>6,15</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>307,34</b>	
IR	INSS	CSLL	COFINS	PIS	
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 106/03

**709** - Varrição, coleta, remoção, incineração, tratamento, reciclagem, separação e destinação final de lixo, rejeitos e outros resíduos quaisquer.

Legenda do local da prestação do serviço

**8055** - BRUSQUE - SC

Outras Informações

TI - Tributada integralmente.

(709) Serviço não tributável no município do prestador. O ISSQN é devido no município onde o serviço foi prestado.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 59/2024 de 19/01/2024.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 10/04/2024.

A veracidade das informações declaradas na NFs-e podem ser consultadas no site: [www.nfs-e.net](http://www.nfs-e.net).

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 41,34 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 12,45 (4.0500%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

PRESTACAO DE SERVICIO





033-7

03399.01340 91500.000137 21263.001014 7 96660000030734

Local de pagamento <b>Pagar preferencialmente no Banco Santander</b>					Vencimento 25/03/2024
Beneficiário <b>GTA - GESTAO AMBIENTAL LTDA</b> Av. Martin Luther, 111 - Sala 312 89012-010 - Blumenau - SC					Agência/Código beneficiário 0000 / 134915-0
					Nosso número 000013212630-
Data do documento 14/03/2024	Nº documento 0003131201	Espécie doc. DM	Acerte N	Data processamento 16/03/2024	(=) Valor do Documento 307,34
Carteira <b>Cobrança Simples RCR</b>	Espécie REAL	Quantidade	Valor	(-) Descontos / Abatimentos	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)  Após o vencimento será cobrado juros de R\$0,20 e multa de R\$6,15.					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado 307,34
Pagador <b>FUNDAÇÃO MEDICO ASSIST.AO TRAB.RURAL DE</b> RUA LEOBERTO LEAL 239 88443-000					83.181.297/0001-66
Beneficiário Final <b>GTA - GESTAO AMBIENTAL LTDA</b>					04.813.163/0001-44 Cod. Baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Firefox

<https://autoatendimento2.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSessa>

18/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:18:21  
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
=====

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399013409150000013721263001014796660000030734

BENEFICIARIO:

GTA - GESTAO AMBIENTAL LTDA

NOME FANTASIA:

GTA - GESTAO AMBIENTAL LTDA

CNPJ: 04.813.163/0001-44

BENEFICIARIO FINAL:

GTA - GESTAO AMBIENTAL LTDA

CNPJ: 04.813.163/0001-44

PAGADOR:

FUNDAÇÃO MEDICO ASSIST.AO TRAB.RURA

CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO	31.810
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2024
DATA DO PAGAMENTO	18/03/2024
VALOR DO DOCUMENTO	307,34
VALOR COBRADO	307,34

NR.AUTENTICACAO 9.F74.5A3.A82.9D9.680

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

G336191445101456017  
19/03/2024 14:49:36

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome FUND ASSIST V RAMOS  
Agência 2775-8  
Conta corrente 55790-0

**Creditado**

Nome F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
Agência 2775-8  
Conta corrente 31954-6  
Valor 53,96  
Destinação 0  
Data Nesta data

*valor próprio*

---

Seguro Empresarial, todo negocio deveria ter um.

Protecao para sua empresa e varias assistencias

para usar. Contrate pelo App ou agencias.

---

Assinada por	JF522036 ELIANA DALSENTER	19/03/2024 14:47:09
	JE636747 MARCIANO DE SOUZA	19/03/2024 14:49:36

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE636747 MARCIANO DE SOUZA.

RECEBEMOS DE OESA COMERCIO E REPRESENTACOES SA  
CLIENTE: 28339 FUND MED ASS AO TRAB RURAL DE V RAMOS  
FANTASIA:HOSP DE V RAMOS

OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
DT\_SAIDA.:11/03/2024 NUMCAR:1588833 EMISSAO.: 11/03/2024  
PERIODO ENTREGA: 08:00-18:00VEIC.: 5004->MKK8C90

NF-e  
Nº. 5925563  
SÉRIE 7

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

0012

**Identificação do Emitente**  
Fantasia: OESA COMERCIO E REPRESENTACOES SA  
R ERVIN RUX - 1000 - RIO DA LUZ I - JARAGUA DO SUL - SC - 89264600  
Telefone: 0800 212 4040  
E-mail: sac@delys.com.br

**DANF-e**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº. 5925563  
SÉRIE 7 FL 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4224 0381 6119 3100 0128 5500 7005 9255 6311 8613 8514

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

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
251962130

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ  
81.611.931/0001-28

Protocolo de Autorização (Data e Hora)

342240063725057 11/03/2024 01:32:56

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

Nome/Razão Social: FUND MED ASS AO TRAB RURAL DE V RAMOS  
CNPJ/CPF: 83.181.297/0001-66  
Data da Emissão: 11/03/2024  
Logradouro: R LEOBERTO LEAL, S/N, CENTRO  
Município: VIDAL RAMOS, UF: SC, Inscrição Estadual: ISENTO  
CEP: 88443000, Telefone/Fax: 4733561171  
Data da Entrada/Saída: 11/03/2024  
Hora de Saída

**FATURA**

Nº 1, Venc. 25/03/24, 0012, V. 538,93

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS: 321,91  
VALOR DO ICMS: 38,62  
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.: 0,00  
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00  
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 535,94  
VALOR DO FRETE: 0,00  
VALOR DO SEGURO: R\$ 0,00  
VALOR DO DESCONTO: 0,00  
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 2,99  
VALOR DO IPI: 0,00  
VALOR TOTAL DA NOTA: 538,93

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

Razão Social: HOK TRANSPORTES LTDA  
Frete por Conta: 0 - Emitente  
Código ANTT: MKK8C90  
UF: SC  
CNPJ/CPF: 20.705.907/0001-63  
Logradouro: R EURICO DUWE, 6770 - RIO DA LUZ  
Município: JARAGUA DO SUL  
UF: SC  
Inscrição Estadual: 257433937  
Quantidade: 3,1  
Espécie: MARCA: NUMERAÇÃO: 4, PESO BRUTO: 47,33, PESO LÍQUIDO: 45,50

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

Código	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QT	PC	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTDE	V. UN.	BC.ST	V.ST UN	V.ST	V. TOTAL	BC. ICMS	ALIQ ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. IPI
154852	BV CARNE MOIDA 1KG CG BRASA	1	0	02023000	020	5102	KG	9,000	21,9900	0,00	0,000000	0,00	197,91	116,09	12	13,93	0,00	0,00
110546	CHIMICHURRI C/PIMENTA 500G NUANCE	0	1	21039029	000	5102	UN	1,000	17,9900	0,00	0,000000	0,00	17,99	18,09	12	2,17	0,00	0,00
91555	FGO COXA SOBRE PCT CG CANCAO KG	1	0	02071400	020	5102	KG	18,000	6,7900	0,00	0,000000	0,00	122,22	71,69	12	8,60	0,00	0,00
107404	FGO PEITO C/OSSO PCT +-850G CG CHESINI	1	0	02071400	020	5102	KG	18,000	10,9900	0,00	0,000000	0,00	197,82	116,04	12	13,92	0,00	0,00
FIM DOS PRODUTOS																		

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
ENDEREÇO DE ENTREGA: R LEOBERTO LEAL, S/N BAIRRO CENTRO, VIDAL RAMOS-SC  
COMPLEMENTO / PONTO DE REFERÊNCIA:  
HORÁRIO COMERCIAL - NR PEDI DO CLIENTE:  
0012 - FILIO2-BANCO DO BRASIL-OESA COM O PRAZO DE: 14 DIAS PEDI DO: 905043290 RCA: 905 ATENDENTE: ANDRESSA  
CELULAR:  
BASE IPI: VALOR IPI:  
BASE DE CÁLCULO DE ICMS REDUZIDA CFE. ART. 2º, INC. X DO ANEXO II DA LEI 10.297/96  
TRANSP. VINCULADO A CONTRATO - DISPENSA EM S. CT-E CADA PRESTACAO CFME. ART. 67, ANEXO 5 RI CMS/SCI CMS  
B. C. RED. CFME. ART. 12-B, ANEXO 2 DO RI CMS/SC  
TRANSP. VINCULADO A CONTRATO - DISPENSA EM S. CT-E CADA PRESTACAO CFME. ART. 67, ANEXO 5 RI CMS/SCALQ  
ICMS CFE. ART. 26, INC. III, N DO RI CMS/SC  
TRANSP. VINCULADO A CONTRATO - DISPENSA EM S. CT-E CADA PRESTACAO CFME. ART. 67, ANEXO 5 RI CMS/SC

RESERVADO AO FISCO

LOCAL DE PAGAMENTO					VENCIMENTO	25/03/2024
<b>Pagável em qualquer banco</b>						
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço: OESA COMERCIO E REPRESENTACOES S/A RUA ERVIN RUX RIO DA LUZ I JARAGUA DO SC 89264600					AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	3398-/ 5941-2
DATA DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	ESP. DOC	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO	
11/03/2024	5925563-1	DM	N	11/03/2024	32277300006288216	
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPECIE	QUANTIDADE	VALOR	(*) VALOR DO DOCUMENTO	
	17	R\$			538,93	
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Desconto de R\$0,00 para pagamento ate o vencimento. MULTA DE 3% APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R\$ 1,62 TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS 05 DIAS DE VENCIDO					(-) DESCONTO/ADIANTAMENTO	0,00
					(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
					(+) MORAMULTA	
					(+) ACRESCIMO	
					(=) VALOR COBRADO	
					81611931000128	
PAGADOR FUND MED ASS AO TRAB RURAL DE V RAMOS R LEOBERTO LEAL VIDAL RAMOS					28339	83.181.297/0001-66 CEP : 88443000
					SC	

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Firefox

<https://autoatendimento.bb.com.br/aapj/homeApj4.bb?tokenSessac>

19/03/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:52:53  
277502775 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: F.MEDICO ASS.TRAB.RURAL V  
AGENCIA: 2775-8 CONTA: 31.954-6  
=====

BANCO DO BRASIL  
0019000090322773000306288216176196660000053893  
BENEFICIARIO:  
OESA COMERCIO E REPRESENTACOES  
NOME FANTASIA:  
OESA COMERCIO E REPRESENTACOES S.A.  
CNPJ: 81.611.931/0001-28  
PAGADOR:  
FUND MED ASS AO TRAB RURAL DE V RAM  
CNPJ: 83.181.297/0001-66

NR. DOCUMENTO 31.902  
NOSSO NUMERO 32277300006288216  
CONVENIO 03227730  
DATA DE VENCIMENTO 25/03/2024  
DATA DO PAGAMENTO 19/03/2024  
VALOR DO DOCUMENTO 538,93  
VALOR COBRADO 538,93

NR.AUTENTICACAO 1.813.EE7.07D.3C9.94A  
=====

Central de Atendimento BB  
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas  
0800 729 0001 Demais localidades.  
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB  
0800 729 0722  
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de  
produtos e servicos.

Ouvidoria  
0800 729 5678  
Reclamacoes nao solucionadas nos canais  
habituais agencia, SAC e demais canais de