

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 3624</b>					
267.89961.98-2		Poliana Silva de Sousa							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
senador teotonio vilela 36		vila maria							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.209-510		7167/435-SP		471.838.228-93	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
29/06/1998		Maria Lucia da Silva							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
3	Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada								
22	Causa do Afastamento								
Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 1.915,14		04/11/2022				18/12/2022		PD0	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 18/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.094,82	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 140,75	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercícios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 02/12 avos	R\$ 350,62
66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 116,87	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 1.703,06</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	106 Vale transporte	R\$ 83,20	112.1 Previdência social	R\$ 93,02
112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 176,22</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 1.526,84</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 0559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 3624</b>					
267.89961.98-2		Poliana Silva de Sousa							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
senador teotonio vilela 36		vila maria							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.209-510		7167/435-SP		471.838.228-93	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
29/06/1998		Maria Lucia da Silva							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
3	Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada								
22	Causa do Afastamento								
Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 1.915,14		04/11/2022				18/12/2022		PD0	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 18/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.094,82	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 140,75	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercícios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 02/12 avos	R\$ 350,62
66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 116,87	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 1.703,06</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	106 Vale transporte	R\$ 83,20	112.1 Previdência social	R\$ 93,02
112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 176,22</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 1.526,84</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>						
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome			
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE				
<b>TRABALHADOR</b>						
10	PIS/PASEP	11	Nome			
267.89961.98-2		Poliana Silva de Sousa			<b>Código: 3624</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	
7167/435-SP		471.838.228-93		29/06/1998	20	Nome da Mãe
					Maria Lucia da Silva	
<b>CONTRATO</b>						
22	Causa do Afastamento					
Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado						
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	
04/11/2022				18/12/2022	27	Cód. Afast.
					29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
						<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador					
1 - Empregado						

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 JAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	267.89961.98-2		Poliana Silva de Sousa <span style="float:right">Código: 3624</span>		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	7167/435-SP		471.838.228-93		29/06/1998
				20	Nome da Mãe
					Maria Lucia da Silva
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	04/11/2022				18/12/2022
				27	Cód. Afast.
					PD0
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
	1 - Empregado				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 JAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>267.89961.98-2</b>		<b>Poliana Silva de Sousa</b>		
			<b>Código: 3624</b>		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	<b>7167/435-SP</b>		<b>471.838.228-93</b>		<b>29/06/1998</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>Maria Lucia da Silva</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>04/11/2022</b>				<b>18/12/2022</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>PD0</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 JAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
267.89961.98-2		Poliana Silva de Sousa			Código: 3624
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
7167/435-SP		471.838.228-93		29/06/1998	20
					Nome da Mãe
					Maria Lucia da Silva
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
04/11/2022				18/12/2022	27
					Cód. Afast.
					PD0
					29
					Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 JAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0010-53 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**267.89961.98-2 Poliana Silva de Sousa Código: 3624**

17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**7167/435-SP 471.838.228-93 29/06/1998 Maria Lucia da Silva**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado**

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**04/11/2022 18/12/2022 18/12/2022 PD0 0,00**

30 Categoria do Trabalhador  
**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**000.914.021.00088-4 47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não é ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 MAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 3624</b>			
267.89961.98-2		Poliana Silva de Sousa					
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
7167/435-SP		471.838.228-93		29/06/1998		María Lucia da Silva	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
04/11/2022				18/12/2022		PD0			<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador								
<b>1 - Empregado</b>									
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73	- SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP						

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não é ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 MAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>267.89961.98-2</b>		<b>Poiana Silva de Sousa</b>		
					<b>Código: 3624</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	<b>7167/435-SP</b>		<b>471.838.228-93</b>		<b>29/06/1998</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>Maria Lucia da Silva</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>04/11/2022</b>				<b>18/12/2022</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>PD0</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	<b>000.914.021.00088-4</b>		<b>47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP</b>		

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 MAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>267.89961.98-2</b>		<b>Poiana Silva de Sousa</b>		
					<b>Código: 3624</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	<b>7167/435-SP</b>		<b>471.838.228-93</b>		<b>29/06/1998</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>Maria Lucia da Silva</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>04/11/2022</b>				<b>18/12/2022</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>PD0</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	<b>000.914.021.00088-4</b>		<b>47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP</b>		

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.526,84 (Um mil, quinhentos e vinte e seis reais e oitenta e quatro centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 MAGO DE ALMEIDA JESUS/315.910.048-02/PRESIDENTE

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	4229 / 1288 / 000756944696-9

<b>Nome destinatário:</b>	POLIANA SILVA DE SOUSA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 1.526,84

<b>Data de débito:</b>	02/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	02/01/2023 08:24:48

<b>Código da operação:</b>	300824
<b>Chave de segurança:</b>	432RJ6V7CQJAS3M4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENT0</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 29/12/2022</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 567</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
567	55,39	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	CINQUENTA E CINCO REAIS E TRINTA E NOVE CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE  Total Benefícios.....R\$ 3.258,20 Repasse.....R\$ 37,40  Total Geral do boleto referente ao pedido 2096 R\$ 3.350,99	55,39	55,39

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b> R\$ 55,39 <b>Alíquota Simples:</b> % 2,00 <b>ISS Incluso</b> R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 55,39
-----------------------------	---	---

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
45UE6GPT	90HFHE0N	QLMAXTGW	9Q1TX07X
QE75CQZD	YZ3B3364	MLALIYXD	THUCAPQV
WXXK627O	94P178L5	FCT0MLSI	SKWCTKMJ
9V2DYSZR	DIZPXHEP	B3CXBUNU	WQPNVN4T

Corte na Linha Pontilhada

Assinatura Digital NFE No 567 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
45UE6GPT	90HFHE0N	QLMAXTGW	9Q1TX07X
QE75CQZD	YZ3B3364	MLALIYXD	THUCAPQV
WXXK627O	94P178L5	FCT0MLSI	SKWCTKMJ
9V2DYSZR	DIZPXHEP	B3CXBUNU	WQPNVN4T

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Planilha1

CPF	Funcionário	Dt. Nasc.	Cod. Benefício	Benefício	Número Cartão	Matricula	Local de Trabalho	Departamento	Qtde	Qtde Diaria
494.272.748-08	Bruna Evelyn da Silva Godoy	04/05/2001	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
323.670.148-09	Gabriele Fernanda Pires Galvão	21/11/1985	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
471.859.388-30	Jaiane de Almeida Silva	16/10/2001	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
320.263.358-93	Julio Antonio Setani	13/03/1983	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
201.956.178-60	Maria Madalena da Silva Alves	31/12/1974	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
722.952.602-72	Nivia Maria Nunes Rachid	24/11/1979	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
312.944.738-59	Patricia de Lima Alves	22/11/1981	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
474.892.528-06	Ruana Lucia Valerio de Souza	01/02/1998	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
474.892.528-06	Ruana Lucia Valerio de Souza	01/02/1998	12182	- SAO JOSE DO	1765030270		UBS Altos de S	GERAL	44	2
340.057.448-18	Samanta Helena Reis de Carvalho	14/11/1985	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
440.011.888-64	Thais Feliciano Eufrazio	11/05/1998	26	123 - VIACAO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2
440.011.888-64	Thais Feliciano Eufrazio	11/05/1998	11756	SAO JOSE DO	0		UBS Altos de S	GERAL	44	2

Planilha1

<b>Valor Unit.</b>	<b>Turno</b>	<b>Dias</b>	<b>VI. Total</b>	<b>Total</b>
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
17	SEG A SEX	22	748	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,2	SEG A SEX	22	228,8	
5,05	SEG A SEX	22	222,2	
				3258,2

Página 2

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00016.277238 79958.030003 1 92150000335099

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>30/12/2022</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 29/12/2022	Núm. do documento 567	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 29/12/2022	Nosso Número 157 / 00000162 - 7
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>3.350,99</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00016.277238 79958.030003 1 92150000335099

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>30/12/2022</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 29/12/2022	Núm. do documento 567	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 29/12/2022	Nosso Número 157 / 00000162 - 7
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>3.350,99</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00016.277238 79958.030003 1 92150000335099
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	30/12/2022
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	03/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	3.350,99
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	3.350,99
<b>Valor Pago (R\$):</b>	3.350,99

**Identificação do Pagamento:** VT ALTOS DE SANTANA 01.23

**Data/hora da operação:** 03/01/2023 11:25:40

**Código da operação:** 003275727

**Chave de segurança:** GQ5JZPPZRUGL8J9W

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENT0</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 03/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 576</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
576	4,60	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	AV RUI BARBOSA, 254 - SANTANA		
<b>MUNICÍPIO</b>	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS UF: SP CEP: 12212-000		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0024-59		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	QUATRO REAIS E SESSENTA CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE  Total Beneficios.....R\$ 270,40  Total Geral do boleto referente ao pedido 2102 R\$ 275,00	4,60	4,60

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b> R\$ 4,60 <b>Alíquota Simples:</b> % 2,00 <b>ISS Incluso</b> R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 4,60
-----------------------------	--	--

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
MKU6MUEW	58BARC76	NAX59EEI	RQ4YR31F
PCOYNYGF	0M9CHDRY	AHKL1Z7Q	BP0O758F
TNU4YU46	9G2JBT8M	AIZYCL6G	VJQNW93S
0GJ0FIOI	JZ2DRQV7	S8TSOSDN	3XX3XKHS

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 576 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
MKU6MUEW	58BARC76	NAX59EEI	RQ4YR31F
PCOYNYGF	0M9CHDRY	AHKL1Z7Q	BP0O758F
TNU4YU46	9G2JBT8M	AIZYCL6G	VJQNW93S
0GJ0FIOI	JZ2DRQV7	S8TSOSDN	3XX3XKHS

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor



Período de 03/01/2023 até 07/02/2023

**Empresa: INCS UBS - SANTANA**

CNPJ: 09.268.215/0024-59

**Pedido Nro.: 2102****Matrícula:**

CPF:355.610.818-61

Escala: SEG A SEX  26 Dia(s) Trabalhado(s)**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** DIANA PRISCILA DA LUZ**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL

<b>QTD</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Total</b>
52	5,20	270,40

**Assinatura:** \_\_\_\_\_**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Total Benefícios:** R\$ 270,40**Taxa Administrativa:** R\$ 4,60**Taxa Adm. Cartão:** R\$ 0,00**Taxa Emissão Cartão:** R\$ 0,00**Outras Taxas:** R\$ 0,00**Taxa de Entrega:** R\$ 0,00**Repasse:** R\$ 0,00**Acerto:** R\$ 0,00**Total Geral:** R\$ 275,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Total de Funcionários: 1**

**Emissão: 03/01/2023 09:27**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00016.927238 79958.030003 1 92200000027500

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>04/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 03/01/2023	Núm. do documento 576	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 03/01/2023	Nosso Número 157 / 00000169 - 2
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>275,00</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C <b>CNPJ/CPF:</b> AV RUI BARBOSA 254 , 12212000 - SANTANA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00016.927238 79958.030003 1 92200000027500

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>04/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 03/01/2023	Núm. do documento 576	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 03/01/2023	Nosso Número 157 / 00000169 - 2
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>275,00</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C <b>CNPJ/CPF:</b> AV RUI BARBOSA 254 , 12212000 - SANTANA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00016.927238 79958.030003 1 92200000027500
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	04/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	03/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	275,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	275,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	275,00

**Identificação do Pagamento:** VT AVULSO 01.23 ST

**Data/hora da operação:** 03/01/2023 14:58:18

**Código da operação:** 003474479

**Chave de segurança:** 31N9V1QFTMQKS7V6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 03/01/2023 13:59:21

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03	02 - CNPJ/CEI 09.268.215/0010-53
---	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ALZIRO LEBRAO 76	04 - Contato/DDD/telefone 15-30352779	05 - CEP 12.212-500
--	--	------------------------

06 - Bairro/distrito ALTO DA PONTE	07 - Município SAO JOSE DOS CAMPOS	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

<b>11- Identificador</b> <b>00335020292682152</b>
--

<b>12- Total a Recolher</b> <b>133,69</b>
--

<b>13- Data de Validade = 04/01/2023</b>
--

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858300000017	336902392026	301040033500	202926821520
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

Via Empresa

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



# GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 03/01/2023 13:59:21

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03	02 - CNPJ/CEI 09.268.215/0010-53
---	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ALZIRO LEBRAO 76	04 - Contato/DDD/telefone 15-30352779	05 - CEP 12.212-500
--	--	------------------------

06 - Bairro/Distrito ALTO DA PONTE	07 - Município SAO JOSE DOS CAMPOS	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

<b>11- Identificador</b> <b>00335020292682152</b>
--

<b>12- Total a Recolher</b> <b>133,69</b>
--

<b>13- Data de Validade = 04/01/2023</b>
--

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858300000017	336902392026	301040033500	202926821520
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

Via Banco  
24 de 957





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858300000017 336902392026 301040033500 202926821520

**Identificador:** 00335020292682152  
**Cód. convênio:** 0239  
**Data de validade:** 04/01/2023

**Valor recolhido:** 133,69

**Identificação da operação:** GRRF POLIANA SOUSA

**Data / hora:** 03/01/2023  
**Data de Débito:** 03/01/2023

**Código da operação:** 00537148  
**Chave de segurança:** VP857UWFL49TWU17

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
02/01/2023 10:04:06	12/2022	23 / E	PsE0outFO

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>46.020.248/0001-15</b>	Inscrição Municipal: <b>430227</b>
Nome/Razão Social: <b>SILVIO LUIZ S JUNIOR LTDA</b>	E-mail: <b>silvioluizjr@hotmail.com</b>
Endereço: RUA DAS GLICINIAS 150 MOTORAMA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12224-170 (12) 8133-8530</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail: <b>notas.ponte@incs.org.br</b>
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 11 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Silvio Luiz De Souza Junior. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863059900 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>14.300,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>14.300,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>286,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>214,50</b>	<b>92,95</b>	<b>429,00</b>	<b>0,00</b>	<b>143,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>14.300,00</b>	<b>879,45</b>	<b>0,00</b>	<b>13.420,55</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00080341189-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SILVIO LUIZ S JUNIOR LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.020.248/0001-15
<b>Valor:</b>	R\$ 13.420,55
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 23 SILVIO JUNIOR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 08:40:42

<b>Código da operação:</b>	00106526
<b>Chave de segurança:</b>	NUK77MS9Z8CQPT9F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 03:39:45	12/2022	36 / E	CZHeU6frq

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>43.292.676/0001-09</b>	Inscrição Municipal: <b>421606</b>
Nome/Razão Social: <b>JP OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTDA</b>	E-mail: <b>legalizacao@grupofatos.com.br</b>
Endereço: AVENI GUADALUPE 260 APT 104 AMERICA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12235-000 (35) 9878-2242</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), João Paulo Oliveira.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos

Dados bancários  
BANCO BS2  
Banco: 218  
Ag: 0001  
Conta: 984560-7

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO**  
Serviço: **0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>7.250,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>7.250,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7.250,00</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	218 - BANCO BS2 S.A. - 71027866
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000984560-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	JP OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.292.676/0001-09
<b>Valor:</b>	R\$ 7.250,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 36 JP OLIVEIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 08:47:10

<b>Código da operação:</b>	00106955
<b>Chave de segurança:</b>	CM3XXA9RPJURAW4P

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

RPS Nº 39, emitido em 30/12/2022

20221230u30736931813

Número da Nota

**00000039**

Data e Hora de Emissão

**30/12/2022 08:59:19**

Código de Verificação

**HKKB-L4QG****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **44.520.105/0001-47**Inscrição Municipal: **7.154.044-0**Nome/Razão Social: **MR FREITAS SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **R IPUACU 4, LOTE 18 - JARDIM AMALIA - CEP: 05890-090**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R Alzirio Lebrão 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500**Município: **São José dos Campos**UF: **SP**E-mail: **rafaellebrandao@yahoo.com.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

"NOTA FISCAL REFERENTE 3 PLANTÃO REALIZADO PELO(A) PROFISSIONAL MÉDICO(A), MAYKON ROCHA DE FREITAS."

"SERVIÇOS PRESTADOS NA UPA ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS."

BANCO INTER - AG: 0001 - C/C: 18913856-4

DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 120, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS.

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 4.800,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço <b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra		Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-	-		<b>R\$ 774,72 (16,14%) / IBPT</b>	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional; (3) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 39, emitido em 30/12/2022;



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00018913856-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MR FREITAS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.520.105/0001-47
<b>Valor:</b>	R\$ 4.800,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 39 MR FREITAS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 08:51:42

<b>Código da operação:</b>	00107325
<b>Chave de segurança:</b>	F8G3J5GV88ZKH6MV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 09:26:55	12/2022	69 / E	ejLwN8X55

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>44.162.460/0001-91</b>	Inscrição Municipal: <b>424301</b>
Nome/Razão Social: <b>ANDRADE DIAS SAUDE LTDA</b>	E-mail: <b>thayna@bmccontabilidade.com.br</b>
Endereço: <b>RUA PATATIVA 100 BLOCO B</b>	<b>APT 74 TATETUBA</b>
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: <b>SP</b> CEP: <b>12220-140</b> Telefone: <b>(12) 8277-6660</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: <b>RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: <b>SP</b> CEP: <b>12212-500</b> Telefone:

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 1 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a) Drielle Andrade Dias  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de gestão nº 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **861010201 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>2.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>*****</b>	<b>*****</b>	<b>*****</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>2.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2.000,00</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00001606456-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ANDRADE DIAS SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.162.460/0001-91
<b>Valor:</b>	R\$ 2.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 69 ANDRADE DIAS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 08:53:14

<b>Código da operação:</b>	00107421
<b>Chave de segurança:</b>	3E543EHX8LL1427H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 14:39:41	12/2022	38 / E	riYCmE09g

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>47.326.549/0001-34</b>	Inscrição Municipal: <b>437532</b>
Nome/Razão Social: <b>TORRES PEREIRA CLINICA LTDA</b>	E-mail: <b>societario@contilider.com.br</b>
Endereço: RUA TOTTONI 576 APARTAMENTO:103 JARDIM ORIENTE	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12236-020 (29) 9971-5560</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente a realização de 6 plantões pelo(a) profissional médico(a) Edinael Torres Pereira Junior. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte, em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: <b>863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS</b>		
Serviço: <b>0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.</b>		
Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>10.050,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>10.050,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>10.050,00</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00060503984-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	TORRES PEREIRA CLINICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	47.326.549/0001-34
<b>Valor:</b>	R\$ 10.050,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 38 TORRES PEREIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 08:55:50

<b>Código da operação:</b>	00107581
<b>Chave de segurança:</b>	Z242RKZHUZ82CYSR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 18:12:29	12/2022	336 / E	2dzDowALS

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>23.893.658/0001-75</b>	Inscrição Municipal: <b>329984</b>
Nome/Razão Social: <b>JFC ASSISTENCIA MEDICA S/S LTDA</b>	E-mail: <b>williamdarcioledes@gmail.com</b>
Endereço: RUA SÃO BERNARDO DO CAMPO 241 JARDIM ALVORADA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12240-520 ( ) -</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>	E-mail: <b>incs@incs.me.br</b>
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500 (15) 3035-2779</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

“Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.”  
“Nota fiscal referente à 10 plantões realizados pela profissional médica Dr. (a) Johanna Christian Cardoso Simões Pires”.

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>13.200,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>13.200,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>264,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>198,00</b>	<b>85,80</b>	<b>396,00</b>	<b>0,00</b>	<b>132,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>13.200,00</b>	<b>811,80</b>	<b>0,00</b>	<b>12.388,20</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6961 / 00000011941-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	JFC ASSISTENCIA MEDICA SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	23.893.658/0001-75
<b>Valor:</b>	R\$ 12.388,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 336 JFC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 08:57:19

<b>Código da operação:</b>	00107692
<b>Chave de segurança:</b>	17XJLE7H8MZCXANA

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 02/01/2023 12:11:31  
Competência da NFS-e: 12/2022  
Número / Série: 80 / E  
Código de Verificação: 2nglbeada

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 44.697.210/0001-56  
Nome/Razão Social: KNOPP QUIROGA SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: RUA João Fonseca dos Santos 20 APARTAMENTO:153 Floradas de São José  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12230-088  
Telefone: (17) 3305-9030  
Inscrição Municipal: 426329  
E-mail: societario@rissicontabilidade.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

NOTA FISCAL REFERENTE 2,50 PLANTÃO REALIZADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO, VIVIAN ALVARENGA DE OLIVEIRA AMARAL.  
SERVIÇOS PRESTADOS NA UPA ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
NUBANK - AG: 0001 - C/C: 83323846-2  
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS CONFORME LEI 12.741 R\$ 609,55 (16,70%) FONTE: IBPT  
DECLARO PARA FINS DE DISPENSA DE RETENÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS DE QUE TRATA O ARTIGO 120, INCISO III, DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB 2.110, DE 17/10/2022, QUE OS SERVIÇOS SÃO PRESTADOS POR PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, SENDO PRESTADO PESSOALMENTE PELOS SÓCIOS DA EMPRESA, SEM O CONCURSO DE EMPREGADOS OU DE OUTROS CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS  
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
3.650,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
3.650,00	0,00	0,00	3.650,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:   
Número da nota fiscal substituída: 79   
Código da Obra:   
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00083323846-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KNOPP QUIROGA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.697.210/0001-56
<b>Valor:</b>	R\$ 3.650,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 80 KNOPP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 09:00:03

<b>Código da operação:</b>	00107822
<b>Chave de segurança:</b>	K7R64E6KNXLXGHRR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
29/12/2022 15:59:47	12/2022	30 / E	zRtvxfLqT

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>44.910.218/0001-59</b>	Inscrição Municipal: <b>426781</b>
Nome/Razão Social: <b>BRANDAO WM MED SS LTDA</b>	E-mail: <b>adineival@gmail.com</b>
Endereço: AVENI DO TUBARAO 300 BLOCO:B PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12246-140 (12) 3904-6890</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 8 plantões realizados pelo(a) profissional médico, Walbermaier Magno Brandão. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>12.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>12.000,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>240,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>180,00</b>	<b>78,00</b>	<b>360,00</b>	<b>0,00</b>	<b>120,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>12.000,00</b>	<b>738,00</b>	<b>0,00</b>	<b>11.262,00</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00018728977-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRANDAO WM MED SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.910.218/0001-59
<b>Valor:</b>	R\$ 11.262,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 30 BRANDAO WM
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 09:02:35

<b>Código da operação:</b>	00108004
<b>Chave de segurança:</b>	PHW6NQ4XM5W7Y49S

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 14:10:45	12/2022	20 / E	b4QInT7XF

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>42.677.979/0001-87</b>	Inscrição Municipal: <b>419827</b>
Nome/Razão Social: <b>COUTRIN SERVICOS MEDICOS LTDA</b>	E-mail: <b>legalizacao@contilider.com.br</b>
Endereço: RUA ARMANDO DE OLIVEIRA COBRA 260 APARTAMENTO:142 PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12246-002 (12) 9647-8334</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 13 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Rafael Vilela de Azevedo Ruy Coutrin. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>19.450,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>19.450,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>19.450,00</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0195 / 00000042633-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COUTRIN SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.677.979/0001-87
<b>Valor:</b>	R\$ 19.450,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 20 COUTRIN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 09:10:11

<b>Código da operação:</b>	00108635
<b>Chave de segurança:</b>	CN3ESXZP162CK7GE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

RPS Nº 197, emitido em 30/12/2022

20221230u89766105804

Número da Nota

**00000197**

Data e Hora de Emissão

**30/12/2022 13:33:56**

Código de Verificação

**HPDA-FPGB****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **15.334.768/0001-79**Inscrição Municipal: **4.597.658-9**Nome/Razão Social: **BRANDAO & SCHIO CLINICA MEDICA LTDA**Endereço: **R LUIS MAZZAROLO 00091 - MIRANDOPOLIS - CEP: 04024-040**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R Alzirio Lebrão 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500**Município: **São José dos Campos**UF: **SP**E-mail: **----****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente 8 plantão realizado pelo(a) profissional, Alexandre Henrique Brandao dos Santos.

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

**DECLARACAO**

DECLARAMOS, SOB A PENA DA LEI, PARA FINS DA DISPENSA DE RETENCAO DE CONTRIBUICOES PREVIDENCIARIAS DE QUE TRATA O ART.219 DO DECRETO Nº 3.048, DE 06 DE MAIO DE 1999 C.C ART.120, INCISO II DA INSTRUCAO NORMATIVA RFB Nº 971, DE 13/11/2009, QUE OS SERVICOS SAO PRESTADOS POR PROFISSIONAIS REGULAMENTADOS POR LEGISLACAO FEDERAL, SENDO OS MESMOS SÓCIOS CIVIL, SEM O CONCURSO DE EMPREGADO OU AUXILIARES.

IMPOSTOS INCIDENTES SOBRE A PRESTACAO DE SERVICIO.

11,33% IMPOSTOS FEDERAIS

2% IMPOSTOS MUNICIPAIS

CONFORME A LEI 12.741/2012, TRANSPARENCIA FISCAL.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 10.400,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	156,00	104,00	312,00	67,60
Código do Serviço				
<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	10.400,00	2,00%	208,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 197, emitido em 30/12/2022; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/01/2023;

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1529 / 00000012670-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRANDAO E SCHIO CLINICA MEDICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	15.334.768/0001-79
<b>Valor:</b>	R\$ 9.760,40
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 197 BRANDAO E SCH
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 09:11:47

<b>Código da operação:</b>	00108769
<b>Chave de segurança:</b>	UVQK6NY9TLLSK74J

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/12/2022 12:02:19  
Competência da NFS-e: 12/2022  
Número / Série: 15 / E  
Código de Verificação: VQethHewz

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 46.268.526/0001-58  
Nome/Razão Social: ALEMOS SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: RUA RUIVO 144 APT 218 RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-130  
Telefone: (19) 8926-8456  
Inscrição Municipal: 431290  
E-mail: beatriz.melo@zipcontabilidade.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 7 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Adriano Lemos de Padua Filho.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
9.100,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
9.100,00	0,00	0,00	9.100,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00071882229-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ALEMOS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.268.526/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 9.100,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 15 ALEMOS SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 09:15:16

<b>Código da operação:</b>	00109040
<b>Chave de segurança:</b>	L39AHM2YUV2AHFGN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/12/2022 08:25:37  
Competência da NFS-e: 12/2022  
Número / Série: 176 / E  
Código de Verificação: Blv3UMngk

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 22.788.883/0001-89  
Nome/Razão Social: ADVENTLIFE - SERVICOS MEDICOS SS LTDA  
Endereço: AVENI SAO JOAO 2400 BLOCO:C JARDIM DAS COLINAS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12242-000  
Telefone: ( ) -  
Inscrição Municipal: 327507  
E-mail: acjcontabilidade.processos@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 ALTO DA PONTE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: (15) 3035-2779  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: INCS@INCS.ME.BR

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Conta Bancária: Banco Bradesco Ag. 6012 C.c. 0003548-3.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: -  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Sociedade Civil

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
37.425,00	0,00	0,00	37.425,00		0,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	561,37	243,26	1.122,75	0,00	374,25	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
37.425,00	2.301,63	0,00	35.123,37

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número da nota fiscal substituída:  
Código da Obra:  
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6012 / 00000003548-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ADVENTLIFE SERVICOS MEDICOS SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	22.788.883/0001-89
<b>Valor:</b>	R\$ 35.123,37
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 176 ADVENTLIFE
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 09:16:54

<b>Código da operação:</b>	00109161
<b>Chave de segurança:</b>	4VAKY5CTLJQMYGUR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA**

Secretaria de Finanças - Divisão de Fiscalização

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
51/NFEData e Hora de Emissão  
30/12/2022 13:12:13Código de Verificação  
CD37CA84E72F4CEA15C4

Página 1 / 2

## DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 42.071.445/0001-02 IE: ISENTA IM: 31177  
Razão Social: T. A. SENTINELLO SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço : RUA JOSE LUDGERO SIQUEIRA - Num: 106  
Bairro : VILA SAO JOAO - CEP: 12.281-440  
Município : CAÇAPAVA - SP Telefone: (17)3833-1899  
E-mail : escbrasil.estrela@gmail.com

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0010-53 IE: IM:  
Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : RUA ALZIRIO LEBRAO - Num: 76. Bairro: ALTO DA PONTE - CEP: 12.212-500  
Município : SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA ALZIRIO LEBRAO - Num: 76. Bairro: ALTO DA PONTE - CEP: 12.212-500  
Município : SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

## Discriminação do Serviço

"Nota fiscal referente 8 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Thais Alessandra Sentinello.

"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."

## DADOS BANCÁRIOS:

BANCO SICOOB: 756  
AGÊNCIA: 5052  
CONTA CORRENTE: 19.970-2

## Dedução / Outras Informações

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 10.600,00**

Código do Serviço: 04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASA DE SAUDE, PRONTOS SOCORROS, AMBULATO

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	10.600,00	2,66	281,96	0,00

Total Tributos: 281,96. Percentual: 2,66%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 10.600,00  
Valor por extenso: Dez Mil Seiscentos Reais

Forma Pcto: A VISTA

## Outras Informações

- DADOS BANCÁRIOS:  
BANCO SICOOB: 756  
AGÊNCIA: 5052  
CONTA CORRENTE: 19.970-2



MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA

Secretaria de Finanças - Divisão de Fiscalização

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
51/NFE

Data e Hora de Emissão  
30/12/2022 13:12:13

Código de Verificação  
CD37CA84E72F4CEA15C4

Página 2 / 2

Recebi(emos) de T. A. SENTINELLO SERVICOS MEDICOS LTDA

os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

/ /

Data

Identificação do Recebedor

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
51/NFE

Emissão  
30/12/2022 13:12:13

Código de verificação  
CD37CA84E72F4CEA15C4





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000019970-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	T A SENTINELLO SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.071.445/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 10.600,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 51 T A SENTINELLO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:35:03

<b>Código da operação:</b>	00116642
<b>Chave de segurança:</b>	1VCA1H6RJCFQR1U5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA  
00072

DATA DA EMISSÃO  
30/12/2022 13:02:52  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
9D35F2F2D



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 30/12/2022      LOCAL DO SERVIÇO: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



**NOME/RAZÃO SOCIAL:** RAFAELA ROISMANN SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA  
**NOME FANTASIA:**      **CPF/CNPJ:** 35.945.961/0001-53      **INSC.MUNICIPAL:** 29679      **SIMPLES NACIONAL:** ( ) SIM ( x ) NÃO  
**ENDEREÇO:** AVENIDA WALKIR VERGANI, 1674 - BOIÇUCANGA      **MUNICÍPIO:** SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL      **CEP:** 11.618-107      **REGIME ESPECIAL:** NENHUM  
**COMPLEMENTO:**      **TELEFONE:** (12) 3881-2443      **E-MAIL:** phadmcontabil@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

**NOME/RAZÃO SOCIAL:** INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE      **CPF/CNPJ:** 09.268.215/0010-53      **INSC.MUNIC./ESTADUAL:** |  
**ENDEREÇO:** RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 - ALTO DA PONTE      **MUNICÍPIO:** SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP      **CEP:** 12.212-500      **PAÍS:** BRASIL  
**COMPLEMENTO:**      **TELEFONE:** ( ) -      **E-MAIL:** antonio.pereira@incs.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

"NOTA FISCAL REFERENTE 16 PLANTÃO REALIZADO PELO(A) PROFISSIONAL MÉDICO(A), RAFAELA ROISMANN.

"SERVIÇOS PRESTADOS NA UP A ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS ? INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS."

VALOR TOTAL R\$ 22.500,00

DESCONTO CONFORME LEI 13.137/2015 4,65% R\$ 1.046,25

RETENÇÃO IRRF 1,5% R\$ 337,50

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO SICOOB

AGENCIA 5052

CONTA CORRENTE : 16149-7

CNPJ 35.945.961/0001-53

RAFAELA ROISMANN SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA

\*\*\* FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO \*\*\*

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 22.500,00
PIS..... R\$ 146,25	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 22.500,00
COFINS..... R\$ 675,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos.....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 337,50	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 1.383,75
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 675,00
CSLL..... R\$ 225,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 21.116,25</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

\*\*\*\*\*

OUTRAS INFORMAÇÕES



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

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000016149-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RAFAELA ROISMANN SERVICOS MEDICOS SOCIED
<b>CPF/CNPJ:</b>	35.945.961/0001-53
<b>Valor:</b>	R\$ 21.116,25
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 72 RAFAELA ROISMA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:37:41

<b>Código da operação:</b>	00116950
<b>Chave de segurança:</b>	6U1LUPL5SRJ01EG7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 14:08:34	12/2022	29 / E	W6oQOfSSP

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>45.612.986/0001-99</b>	Inscrição Municipal: <b>428771</b>
Nome/Razão Social: <b>ACMELLO SERVICOS MEDICOS LTDA</b>	E-mail: <b>adriana.mwcontabilidade@gmail.com</b>
Endereço: RUA IPIRANGA 84 FATIMA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12243-400 (12) 9255-9558</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 4 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a) ,Augusto C Mello.&quot;  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.&quot;  
DADOS PAGAMENTO  
BANCO SICCOOB CREDESAOPAULO  
AG 5052  
C/C 23.911-9

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>5.800,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>5.800,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>116,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>87,00</b>	<b>37,70</b>	<b>174,00</b>	<b>0,00</b>	<b>58,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>5.800,00</b>	<b>356,70</b>	<b>0,00</b>	<b>5.443,30</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000023911-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ACMELLO SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.612.986/0001-99
<b>Valor:</b>	R\$ 5.443,30
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 29 ACMELLO SERVIC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:40:48

<b>Código da operação:</b>	00117237
<b>Chave de segurança:</b>	22EQWNTTT12N9ZS3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 14:10:16	12/2022	28 / E	LkelxjOvq

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>44.897.422/0001-87</b>	Inscrição Municipal: <b>426823</b>
Nome/Razão Social: <b>MPF SERVICOS EM SAUDE LTDA</b>	E-mail: <b>adriana.mwcontabilidade@gmail.com</b>
Endereço: RUA DOUTOR FERNANDO COSTA 168 ESPLANADA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12242-570 (12) 8121-1819</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 6 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a) Mariana Pires Ferreira; Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dados bancários:  
Banco Brasil  
AG: 1213-0  
C/C : 64134-0

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>7.800,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>7.800,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>156,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>117,00</b>	<b>50,70</b>	<b>234,00</b>	<b>0,00</b>	<b>78,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>7.800,00</b>	<b>479,70</b>	<b>0,00</b>	<b>7.320,30</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1213 / 00000064134-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MPF SERVICOS EM SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.897.422/0001-87
<b>Valor:</b>	R\$ 7.320,30
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 28 MPF SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:42:52

<b>Código da operação:</b>	00117413
<b>Chave de segurança:</b>	W92FG3C1GSXMUQE6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**MUNICIPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Finanças**

Nº da Nota - Serie  
**0000000018 - E**

Autenticidade  
**V58R-BARI**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão . . . . : 30/12/2022 11:01:03

Competência (Serv.) : 12/2022



**PRESTADOR DE SERVIÇOS.**

Razão Social.: **GUILHERME SANTORO ALVES ME**

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ. . . . . : **37.754.286/0001-00** IM: 87934 IE: Fone:

Endereço. . . . . : **RUA RUA MANOEL CEMBRANELLI,85,JARDIM MARIA AUGUSTA - CEP: 12080640**

Município. . . . . : **Taubaté** UF:SP Email:**jac@jacont.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ. . . . . : **09.268.215/0010-53** IM: IE: Fone: **(15) 3035-2779**

Endereço. . . . . : **RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE**

Município. . . . . : **SAO JOSE DOS CAMPOS** UF:SP

Email. . . . . : **incs@incs.me.br.**

**LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Cidade. . . . : **SAO JOSE DOS CAMPOS**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

Nota fiscal referente coordenação médica clinica e plantão realizado pelo profissional médico Guilherme Santoro .  
 Serviços prestados na UPA Alto da Ponte, em conformidade com o Contrato de Gestão nº 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dados Bancários:  
 Banco : Santander  
 Ag : 3983  
 C/C : 13.004301-9

Processo executado por: 179.235.94.144  
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
 Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
**R\$ 1.585,75 - Aliq: 16,14%**

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
**403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.**

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	147,38	63,86	294,75	98,25	0,00

*Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN*

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	9.825,00	2,0000%	196,50	9.825,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 9.220,76**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3983 / 00013004301-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	GUILHERME SANTORO ALVES ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	37.754.286/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 9.220,76
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 18 GUILHERME SANT
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:45:58

<b>Código da operação:</b>	00117720
<b>Chave de segurança:</b>	3ZHRT5YLUF7N5LT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20221230u46739863000186

Número da Nota

**0000011**

Data e Hora de Emissão

**30/12/2022 18:05:52**

Código de Verificação

**HVCL-PYHJ****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **46.739.863/0001-86**Inscrição Municipal: **7.347.275-1**Nome/Razão Social: **ORRA SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **R MARIA FAGNANI 36 - SAO JUDAS - CEP: 04303-040**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R ALZIRIO LEBRÃO 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500**Município: **São José dos Campos**UF: **SP**E-mail: **fiscal.ponte@incs.org.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

NOTA FISCAL REFERENTE A 3 PLANTÕES REALIZADOS PELA PROFISSIONAL MÉDICA NADIA SAAL EL ORRA. SERVIÇOS PRESTADOS NA UPB ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.900,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00002594047-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ORRA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.739.863/0001-86
<b>Valor:</b>	R\$ 3.900,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 11 ORRA SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:49:54

<b>Código da operação:</b>	00118097
<b>Chave de segurança:</b>	LNXE0J7A2RZ47AKX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e: 09/12/2022 07:26:07  
Competência da NFS-e: 12/2022  
Número / Série: 219 / E  
Código de Verificação: eHGM0bjCV

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: 45.224.465/0001-64  
Nome/Razão Social: SIMONE REGINA GOMES 38283378805  
Endereço: RUA CHARLES DIAMOND 110 APT 93, BLOCO 4 COPACABANA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12221-150  
Telefone: (12) 98894-1080  
Inscrição Municipal: 427590  
E-mail: fielexpress.brasil@hotmail.com

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: -  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: -

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

SERVIÇOS DE ENTREGAS E COLETAS PRESTADOS NO MÊS DE NOVEMBRO DE 2022.  
VENCIMENTO PARA DIA 20 DE DEZEMBRO DE 2022.  
BANCO BRADESCO  
AGENCIA: 6012  
CONTA CORRENTE JURIDICA:9541-9  
SIMONE REGINA GOMES  
CNPJ:45.224.465/0001-64

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 532020200 - SERVIÇOS DE ENTREGA RÁPIDA  
Serviço: 2601 - SERVICOS DE COLETA, REMESSA OU ENTREGA DE CORRESPONDENCIAS, DOCUMENTOS, OBJETOS, BENS OU  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: -  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples MEI

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
11.625,00	0,00	0,00	11.625,00		0,00

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
11.625,00	0,00	0,00	11.625,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Número da nota fiscal substituída:  
Código da Obra:  
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6012 / 00000009541-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SIMONE REGINA GOMES
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.224.465/0001-64
<b>Valor:</b>	R\$ 11.625,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 219 SIMONE GOMES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 10:52:09

<b>Código da operação:</b>	00118319
<b>Chave de segurança:</b>	NTQY2ZQX1ST75K1M

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/12/2022 11:27:52  
Competência da NFS-e: 12/2022  
Número / Série: 320 / E  
Código de Verificação: iknfDNj66

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: 17.601.207/0001-14  
Nome/Razão Social: ACM SERVICOS MEDICOS SS LTDA  
Endereço: RUA ARMANDO DE OLIVEIRA COBRA 35 APARTAMENTO:51; PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-002  
Telefone: (12) 3952-6491  
Inscrição Municipal: 308061  
E-mail: tgfaturationemedico@gmail.com

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: -  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: -

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

“Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
Nota fiscal referente 7 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Múcio de Queiroz Ladeira.  
Banco 756  
Agência 5052  
Cooperativo do Brasil Conta corrente: 6234-0

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: -  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Sociedade Civil

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
9.100,00	0,00	0,00	9.100,00		0,00

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	136,50	59,15	273,00	0,00	91,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
9.100,00	559,65	0,00	8.540,35

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Número da nota fiscal substituída: -  
Código da Obra: -  
Regra especial: -



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000006234-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ACM SERVICOS MEDICOS SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.601.207/0001-14
<b>Valor:</b>	R\$ 3.660,15
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 320 ACM SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 11:09:50

<b>Código da operação:</b>	00120307
<b>Chave de segurança:</b>	3TL9WTKG64MJZAV3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20221230u46782700000186

Número da Nota

**00000007**

Data e Hora de Emissão

**30/12/2022 18:14:46**

Código de Verificação

**NRWY-SMXK****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **46.782.700/0001-86**Inscrição Municipal: **7.353.465-0**Nome/Razão Social: **AMO SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **R MARIA FAGNANI 36 - SAO JUDAS - CEP: 04303-040**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R ALZIRIO LEBRÃO 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500**Município: **São José dos Campos**UF: **SP**E-mail: **fiscal.ponte@incs.org.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

NOTA FISCAL REFERENTE A 1 PLANTÃO REALIZADO PELO PROFISSIONAL MÉDICO AMIR OMAR. SERVIÇOS PRESTADOS NA UPB ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.300,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00002614471-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AMO SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.782.700/0001-86
<b>Valor:</b>	R\$ 1.300,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 7 AMO SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 13:36:25

<b>Código da operação:</b>	00132646
<b>Chave de segurança:</b>	TFMGFE5S97NU16JR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**MUNICIPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Finanças**

Nº da Nota - Serie  
**0000000042 - E**

Autenticidade  
**V4GF-5DLA**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão . . . : 03/01/2023 08:58:46

Competência (Serv.) : 01/2023



**PRESTADOR DE SERVIÇOS.**

Razão Social.: **AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ. . . . . : **43.757.713/0001-07** IM: **95475** IE: Fone:

Endereço. . . . . : **RUA RUA PROFESSOR ERNESTO DE OLIVEIRA FILHO,741 CASA 332,LOTEAMENTO FERNANDOCAMARGO NOGUEIRA - CEP**

Município. . . . . : **Taubaté** UF: **SP** Email: **marcosouza\_med@hotmail.com**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ. . . . . : **09.268.215/0010-53** IM: IE: Fone: **(15) 3035-2779**

Endereço. . . . . : **RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE**

Município. . . . . : **SAO JOSE DOS CAMPOS** UF: **SP**

Email. . . . . : **incs@incs.me.br.**

**LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Cidade. . . : **SAO JOSE DOS CAMPOS**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**ESTE DOCUMENTO SUBSTITUI A NFSe Nº 41**

Página 1 de 1

"Nota fiscal referente 5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Marco Azevedo.

"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."

Processo executado por: 177.74.190.129  
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**  
 em substituição nota nº 41

Código do Serviço  
**403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.**

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	108,75	47,13	217,50	72,50	0,00

*Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN*

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	7.250,00	2,0000%	145,00	7.250,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 6.804,12**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6953 / 00000001211-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.757.713/0001-07
<b>Valor:</b>	R\$ 6.804,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 42 AZEVEDO TAKAHA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 13:42:57

<b>Código da operação:</b>	00133088
<b>Chave de segurança:</b>	72NNCH52LYT4VPXW

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**MUNICIPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Finanças**

Nº da Nota - Serie  
**0000000040 - E**

Autenticidade  
**LLLA-W8V7**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão . . . . : 03/01/2023 08:15:11

Competência (Serv.) : 01/2023



**PRESTADOR DE SERVIÇOS.**

Razão Social.: AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ. . . . . : 43.757.713/0001-07 IM: 95475 IE: Fone:

Endereço. . . . . : RUA RUA PROFESSOR ERNESTO DE OLIVEIRA FILHO,741 CASA 332,LOTEAMENTO FERNANDOCAMARGO NOGUEIRA - CEP

Município. . . . : Taubaté UF: SP Email:marcosouza\_med@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ. . . . . : 09.268.215/0010-53 IM: IE: Fone: (15) 3035-2779

Endereço. . . . . : RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE

Município. . . . : SAO JOSE DOS CAMPOS UF: SP

Email. . . . . : incs@incs.me.br.

**LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Cidade. . . . : SAO JOSE DOS CAMPOS

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

"Nota fiscal referente 7 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Isabela Mayume Mariussi Takahashi.

"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."

Processo executado por: 177.74.190.129  
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	136,50	59,15	273,00	91,00	0,00

*Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN*

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	9.100,00	2,0000%	182,00	9.100,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 8.540,35**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6953 / 00000001211-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.757.713/0001-07
<b>Valor:</b>	R\$ 8.540,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 40 AZEVEDO TAKAHA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 13:44:30

<b>Código da operação:</b>	00133232
<b>Chave de segurança:</b>	VFA9AUKP6SW2J3FK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

DADOS DA NFS-e

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 02/01/2023 15:53:18  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 589 / E  
Código de Verificação: GNdlqsbWU

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 05.240.131/0001-60  
Nome/Razão Social: CENTRO MEDICO ARDUINI S/S LTDA  
Endereço: RUA PAULO SETUBAL 147 SALA:2 VILA ADYANNA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12245-460  
Telefone: ( ) -

Inscrição Municipal: 136682  
E-mail: celia.orgvichi@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: ( ) -

Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: fiscal.ponte@incs.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

com sua alíquota de imp. e valor em reais  
valor aprox. do imp. 16,93% =880,36  
Nota fiscal referente 4 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Mariana Teixeira Arduini.  
"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."  
Bc° Brasil  
Ag 0175-9  
C/C - 356.883.0

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
5.200,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
5.200,00	0,00	0,00	5.200,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: \_\_\_\_\_  
Número da nota fiscal substituída: \_\_\_\_\_  
Código da Obra: \_\_\_\_\_  
Regra especial: \_\_\_\_\_



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0175 / 00000356883-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CENTRO MEDICO ARDUINI S/S LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.240.131/0001-60
<b>Valor:</b>	R\$ 5.200,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 589 CENTRO ARDUIN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 13:48:43

<b>Código da operação:</b>	00133673
<b>Chave de segurança:</b>	N1KYVEGXWAYJQR4E

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 2236</b>					
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA PERCIO LORENÇO DA CONCEICAO 284									
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		01.228-051		2449407/003-0/SP		220.823.568-17	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
19/05/1980		MARIA DE LOURDES A DE SOUZA							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 2.005,65		04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 16/dias salário (líquido de 1/faltas e DSR)	R\$ 858,61	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 132,93	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 36,43
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 09/12 avos	R\$ 1.999,26
66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 666,42	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 3.693,65</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 30/30 dias	R\$ 2.694,24	106 Vale transporte	R\$ 83,20	112.1 Previdência social	R\$ 74,36
112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 2.851,80</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 841,85</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do SCS de Caminhos de Ferro nº 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 2236</b>					
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA PERCIO LORENÇO DA CONCEICAO 284									
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		01.228-051		2449407/003-0/SP		220.823.568-17	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
19/05/1980		MARIA DE LOURDES A DE SOUZA							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 2.005,65		04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 16/dias salário (líquido de 1/faltas e DSR)	R\$ 858,61	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 132,93	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 36,43
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 09/12 avos	R\$ 1.999,26
66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 666,42	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 3.693,65</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 30/30 dias	R\$ 2.694,24	106 Vale transporte	R\$ 83,20	112.1 Previdência social	R\$ 74,36
112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 2.851,80</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 841,85</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS			Código: 2236
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
2449407/003-0/SP		220.823.568-17	19/05/1980	MARIA DE LOURDES A DE SOUZA	
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
04/04/2022		20/12/2022	20/12/2022	27	Cód. Afast.
				SJ1	29
					Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 WAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 2236</b>	
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
2449407/003-0/SP		220.823.568-17		19/05/1980	MARIA DE LOURDES A DE SOUZA

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
SJ1					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 WAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS		
					Código: 2236
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	2449407/003-0/SP		220.823.568-17		19/05/1980
				20	Nome da Mãe
					MARIA DE LOURDES A DE SOUZA
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ1
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
	1 - Empregado				

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 WAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS		
			<b>Código: 2236</b>		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	2449407/003-0/SP		220.823.568-17		19/05/1980
				20	Nome da Mãe
					MARIA DE LOURDES A DE SOUZA
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ1
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 WAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome				
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS		Código: 2236			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
2449407/003-0/SP		220.823.568-17		19/05/1980		MARIA DE LOURDES A DE SOUZA	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022		SJ1			0,00

30	Categoria do Trabalhador	<b>1 - Empregado</b>							
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73	- SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP						

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não é ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 MAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome				
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS		Código: 2236			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
2449407/003-0/SP		220.823.568-17		19/05/1980		MARIA DE LOURDES A DE SOUZA	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022		SJ1			0,00

30 Categoria do Trabalhador

**1 - Empregado**

31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP	

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 MAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS			Código: 2236
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
2449407/003-0/SP		220.823.568-17	19/05/1980	MARIA DE LOURDES A DE SOUZA	
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
04/04/2022		20/12/2022	20/12/2022	27	Cód. Afast.
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
				0,00	
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP			

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 DIAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 2236</b>			
127.643.442.54		ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS					
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
2449407/003-0/SP		220.823.568-17		19/05/1980		MARIA DE LOURDES A DE SOUZA	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
04/04/2022		20/12/2022		20/12/2022		SJ1			<b>0,00</b>

30	Categoria do Trabalhador	<b>1 - Empregado</b>							
----	--------------------------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--

31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73	- SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 841,85 (Oitocentos e quarenta e um reais e oitenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 DIAGO DE ALMEIDA JEZUS/315.910.048-02/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0721 / 00000042803-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANTOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	220.823.568-17
<b>Valor:</b>	R\$ 841,85
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	RESC ROSEANE SANTOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	03/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	03/01/2023 13:59:29

<b>Código da operação:</b>	00134472
<b>Chave de segurança:</b>	1R9Y0GXWCEC9PGMY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/12/2022 13:51:33	12/2022	53 / E	UfGSSbDEO

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>28.678.012/0001-99</b>	Inscrição Municipal: <b>338087</b>
Nome/Razão Social: <b>S. W. NAVARRO &amp; GOULART SERVICOS MEDICOS LTDA - EPP</b>	E-mail: <b>jts.silva@uol.com.br</b>
Endereço: TRV SANTA INÊS 30 JARDIM SANTA MADALENA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12243-290 ( ) -</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail: <b>antonio.pereira@incs.med.br</b>
Endereço: Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente a realização de 12 plantões a pela profissional médica, Sara Isabel Navarro. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos Banco Caixa Econômica Federal. Agência 1768 Conta Corrente - 549-9 Operação - 003 Lei n° 13.137/2015 - Retenção de PIS/COFINS/CSLL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO**  
Serviço: **0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>15.600,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>15.600,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>312,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>234,00</b>	<b>101,40</b>	<b>468,00</b>	<b>0,00</b>	<b>156,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>15.600,00</b>	<b>959,40</b>	<b>0,00</b>	<b>14.640,60</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 1768 / 003 / 00000549-9

**Nome destinatário:** S. W. NAVARRO & GOU SERV MEDICOS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 14.640,60

**Data de débito:** 03/01/2023

**Data/hora da operação:** 03/01/2023 08:48:53

**Código da operação:** 030848

**Chave de segurança:** X371SLW3ZXS5W797

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 02/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 573</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
573	49,52	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	QUARENTA E NOVE REAIS E CINQUENTA E DOIS CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE  Total Benefícios.....R\$ 2.912,80 Repasse.....R\$ 29,44  Total Geral do boleto referente ao pedido 8055 R\$ 2.991,76	49,52	49,52

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b> R\$ 49,52 <b>Alíquota Simples:</b> % 2,00 <b>ISS Incluso</b> R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 49,52
-----------------------------	---	---

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital
UZSLFMVF C9P4ZNCH ROOPLTF9 6Z7ETM02
5PZ5UT9N WDRP1CLD M9UHN0V6 UC7YPDIO
877CQXZV I1ZM1Q4D M0X9QL8O ZPU43UIZ
MADDCWYH 7WHN50TQ 7MVQ2ZUA GXHKFH79

Corte na Linha Pontilhada

Assinatura Digital NFE No 573 Santana de Parnaíba - CCM: 82837
UZSLFMVF C9P4ZNCH ROOPLTF9 6Z7ETM02
5PZ5UT9N WDRP1CLD M9UHN0V6 UC7YPDIO
877CQXZV I1ZM1Q4D M0X9QL8O ZPU43UIZ
MADDCWYH 7WHN50TQ 7MVQ2ZUA GXHKFH79

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE  
NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**CAROLINE FERNANDES DOS SANTOS**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**CAROLINE FERNANDES DOS SANTOS**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CLAUDIA REGINA CUNHA ARAUJO**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**CLAUDIA REGINA CUNHA ARAUJO**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

...

**ELIZANGELA MARIA DE OLIVEIRA EDUARDO**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**EMILY THAINÁ GARCIA**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**ELIZANGELA MARIA DE OLIVEIRA EDUARDO**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**EMILY THAINÁ GARCIA**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**MARCOS VITOR RODRIGUES SILVA**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**ONDINA FERREIRA DOS SANTOS BARUTI**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**MARCOS VITOR RODRIGUES SILVA**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**ONDINA FERREIRA DOS SANTOS BARUTI**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**PATRICIA NOE DOS REIS SANTOS**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**PILLAR MARTINS SILVA**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**PATRICIA NOE DOS REIS SANTOS**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PONTO DE ENTREGA: UBS ALTO DA PONTE - R. ALZIRIO LEBRÃO - SN - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - ALTO DA PONTE - 12212000**

**PILLAR MARTINS SILVA**

Pedido Nº 8055 INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ

UBS ALTO DA PONTE

De 02/01/2023 até 31/01/2023

QTDE	PASSAGEM	VALOR
44	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	228,80
<b>Total Fornecido:</b>		<b>228,80</b>

Recebi de INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE MATRIZ à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Emissão: 09/02/2023 08:23**

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00016.687238 79958.030003 6 92230000299176

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>07/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 02/01/2023	Núm. do documento 573	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 02/01/2023	Nosso Número 157 / 00000166 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>2.991,76</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00016.687238 79958.030003 6 92230000299176

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>07/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 02/01/2023	Núm. do documento 573	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 02/01/2023	Nosso Número 157 / 00000166 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>2.991,76</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00016.687238 79958.030003 6 92230000299176
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	07/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	04/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	2.991,76
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.991,76
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.991,76

**Identificação do Pagamento:** VT 01.2023 AP

**Data/hora da operação:** 04/01/2023 16:12:30

**Código da operação:** 004523269

**Chave de segurança:** 78RXYA0WN94VNG5Y

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 04/01/2023 08:20:43

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03	02 - CNPJ/CEI 09.268.215/0010-53
---	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ALZIRO LEBRAO 76	04 - Contato/DDD/telefone 15-30352779	05 - CEP 12.212-500
--	--	------------------------

06 - Bairro/distrito ALTO DA PONTE	07 - Município SAO JOSE DOS CAMPOS	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

<b>11- Identificador</b> <b>00432992892682152</b>
--

<b>12- Total a Recolher</b> <b>4.643,93</b>
--

<b>13- Data de Validade = 04/01/2023</b>
--

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858600000462	439302392026	301040043298	928926821528
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

Via Empresa

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



# GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 04/01/2023 08:20:43

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03	02 - CNPJ/CEI 09.268.215/0010-53
---	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ALZIRO LEBRAO 76	04 - Contato/DDD/telefone 15-30352779	05 - CEP 12.212-500
--	--	------------------------

06 - Bairro/Distrito ALTO DA PONTE	07 - Município SAO JOSE DOS CAMPOS	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
---------------------------------------	---------------------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

<b>11- Identificador</b> <b>00432992892682152</b>
--

<b>12- Total a Recolher</b> <b>4.643,93</b>
--

<b>13- Data de Validade = 04/01/2023</b>
--

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858600000462	439302392026	301040043298	928926821528
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

Via Banco  
96 de 957





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**  
858600000462 439302392026 301040043298 928926821528

**Identificador:** 00432992892682152  
**Cód. convênio:** 0239  
**Data de validade:** 04/01/2023

**Valor recolhido:** 4.643,93

**Identificação da operação:** GRRF DEBORA BOTELHO

**Data / hora:** 04/01/2023  
**Data de Débito:** 04/01/2023

**Código da operação:** 00540821  
**Chave de segurança:** A72K223MMQRZC1K0

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENT0</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 03/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 577</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
577	7,43	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	SETE REAIS E QUARENTA E TRES CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE  Total Beneficios.....R\$ 436,80  Total Geral do boleto referente ao pedido 2105 R\$ 444,23	7,43	7,43

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b>	R\$	7,43	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>	
	<b>Alíquota Simples:</b>	%	2,00		
	<b>ISS Incluso</b>	R\$	----		R\$

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
GGSIJ86D	LRJT2IC4	MRYN20EH	XDC00DBQ
Y9I0Y871	O8CBU0JZ	HU84ICTE	E2PO745N
L8T7P5K6	7YJP9H69	WQ03P934	3TR8OL6E
20M6T4B5	HCJTGZQM	7JC9NH7Z	NDTV9770

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 577 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
GGSIJ86D	LRJT2IC4	MRYN20EH	XDC00DBQ
Y9I0Y871	O8CBU0JZ	HU84ICTE	E2PO745N
L8T7P5K6	7YJP9H69	WQ03P934	3TR8OL6E
20M6T4B5	HCJTGZQM	7JC9NH7Z	NDTV9770

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor

## Planilha1

CPF	Funcionário	Dt. Nasc.	Cod. Benefício	Benefício	Número Cartão	Matricula	Local de Trabalho
472.725.378-09	Aline de Oliveira Abdon Quirino	24/11/2000	26	CONSORCIO 123 - V	0		UBS Altos de Santana - Av. Alto do Rio Doce - 1566 - 12214-010 - São José dos Campos - Jardim Altos de Santana
413.769.998-46	Jacqueline Santini do Nascimento	08/11/1991	26	CONSORCIO 123 - V	0		UBS Altos de Santana - Av. Alto do Rio Doce - 1566 - 12214-010 - São José dos Campos - Jardim Altos de Santana
062.541.548-54	Luiz Fernando Gramacho do Espirito	24/11/1966	26	CONSORCIO 123 - V	0		UBS Altos de Santana - Av. Alto do Rio Doce - 1566 - 12214-010 - São José dos Campos - Jardim Altos de Santana

## Planilha1

Departamento	Qtde	Qtde Diaria	Valor Unit.	Turno	Dias	VI. Total	Total
GERAL	44	2	5,2	SEG A SEX	22	228,8	
GERAL	16	2	5,2	SEG A SEX	8	83,2	
GERAL	24	2	5,2	SEG A SEX	12	124,8	
							436,8

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00017.007238 79958.030003 2 92200000044423

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>04/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 03/01/2023	Núm. do documento 577	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 03/01/2023	Nosso Número 157 / 00000170 - 0
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>444,23</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00017.007238 79958.030003 2 92200000044423

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>04/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 03/01/2023	Núm. do documento 577	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 03/01/2023	Nosso Número 157 / 00000170 - 0
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>444,23</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00017.007238 79958.030003 2 92200000044423
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	04/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	04/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	444,23
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	444,23
<b>Valor Pago (R\$):</b>	444,23

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** VT AVULSO AS 01.23

**Data/hora da operação:** 04/01/2023 16:45:14

**Código da operação:** 004554805

**Chave de segurança:** LGE9Z0H9YN8U0778

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI

Av. Dr. Numa de Oliveira, 53 Sala 02  
Jd. Telespark - 12212-660  
SAO JOSE DOS CAMPOS - SP  
Fone/Fax: (12) 3922-0621

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.013.696  
Série 001  
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

35221203064684000183550010000136961198763604

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)

ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terce

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135221805376314 - 23/12/2022 09:47:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645278555110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

03.064.684/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0010-53

DATA DA EMISSÃO

23/12/2022

ENDEREÇO

Rua Alzirio Lebrão, 76

BAIRRO / DISTRITO

Alto da Ponte

CEP

12212-500

DATA DA SAÍDA

23/12/2022

MUNICÍPIO

São José dos Campos

UF

SP

FONE / FAX

(12) 3519-3500

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

09:47:03

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	02/01/2023
Valor	R\$ 270,00

Num.	
Venc.	
Valor	

Num.	
Venc.	
Valor	

Num.	
Venc.	
Valor	

Num.	
Venc.	
Valor	

Num.	
Venc.	
Valor	

Num.	
Venc.	
Valor	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS S.T.

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

270,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

270,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9-SEM FRETE

9

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

0,00

PESO LÍQUIDO

0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSO SN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	TOTAL	BC ICMS	ICMS	ALIQ. ICMS	IPI	ALIQ. IPI	DESC
57300	BOBINA TERMICA PONTO 57 X 300	48025592	0102	5102	UN	6,00	45,0000	270,00	0,00	0,00				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aprox Tributos Fed R\$34,99(12,96%) Fonte: IBPT Lei 12741/2012.. "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL" Solicitado por Whitney via e-mail 1 caixa de bobinas com retirada no balcão e faturamento no boleto 10 dias..\*Principal Canal de atendimento WhatsApp (12) 3922-0621

RESERVADO AO FISCO

BAIXE O XML NO SITE: <http://www.nfesistemas.com.br/xml>SOLUÇÃO: [www.nfesistemas.com.br](http://www.nfesistemas.com.br)

RECEBEMOS DE INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: VALOR TOTAL: R\$ 270,00 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte São José dos Campos-SP

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DANFE

Nº. 000.013.696  
Série 001

104 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

## Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7

## RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 04/01/2023
Cedente INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI CNPJ 03.064.684/0001-83					Agência/Código Cedente 0721/02881-9
Endereço Cedente / Beneficiário Final AV DOUTOR NUMA DE OLIVEIRA 127 JD TELESPARK SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12212 660					
Data do documento 04/01/2023	No. Do documento 53589	Espécie doc. DM	Aceite A	Data Processamento 04/01/2023	Nosso Número 181/36959184-6
Uso do Banco	Carteira 181	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 280,80
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.					(-) Descontos/Abatimento
BOLETO ORIGINAL: 109/00089619-1 , VCTO 02/01/2023 NO VALOR DE R\$ ..... 270,00					(+) Mora/Multa
NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO					(=) Valor Cobrado
Pagador: INCS INST NAC DE CIENCIAS DA CNPJ/CPF 009268215001053					
Endereço: Rua Alzirio Lebrão 76 12212-500 Alto da Pont São José dos Ca SP					
Beneficiário Final:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.81361 95918.460726 10288.190001 1 92200000028080

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 04/01/2023
Cedente INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI CNPJ 03.064.684/0001-83					Agência/Código Cedente 0721/02881-9
Data do documento 04/01/2023	No. Do documento 53589	Espécie doc. DM	Aceite A	Data Processamento 04/01/2023	Nosso Número 181/36959184-6
Uso do Banco	Carteira 181	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 280,80
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente).					(-) Descontos/Abatimento
BOLETO ORIGINAL: 109/00089619-1 , VCTO 02/01/2023 NO VALOR DE R\$ ..... 270,00					(+) Mora/Multa
NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO					(=) Valor Cobrado
Sacado: INCS INST NAC DE CIENCIAS DA CNPJ/CPF 009268215001053					
Endereço: Rua Alzirio Lebrão 76 12212-500 Alto da Pont São José dos Ca SP					
Beneficiário Final:					

Ficha de Compensação  
Autenticação Mecânica



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.81361 95918.460726 10288.190001 1 92200000028080
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>03.064.684/0001-83</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INST NAC DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	04/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	04/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	280,80
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	280,80
<b>Valor Pago (R\$):</b>	280,80

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** NF 13696 INTERPOINT

**Data/hora da operação:** 04/01/2023 16:47:45

**Código da operação:** 004557165

**Chave de segurança:** ZAVFAUEXXHCQXEX2

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

DADOS DA NFS-e		DADOS DA NFS-e		DADOS DA NFS-e	
Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Data e Hora do RPS	Número / Série RPS	Código de Verificação
09/12/2022 15:10:24	12/2022	18003 / E	07/12/2022 10:01:30	44334 / 00001	vsbemmPkM

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: **03.064.684/0001-83**  
 Nome/Razão Social: **INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI**  
 Endereço: **AVENI DOUTOR NUMA DE OLIVEIRA 53 SALA 2 JARDIM TELESPARK**  
 Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
 UF: **SP** CEP: **12212-660** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **112176**  
 E-mail: **financeiro@chscontabilidade.com.br**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**  
 Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
 Endereço: **\_ Rua Alzirio Lebrao 76 Alto da Ponte**  
 Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
 UF: **SP** CEP: **12212-500** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **925273**  
 E-mail: **reia.rios@incs.org.br**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

PONTO SECULLUM E REP - 2.1 O COMODATO, onde a CONTRATADA cede a CONTRATANTE, os equipamentos a seguir relacionados EQUIPAMENTO 01 REP INFO IDCLASS e SISTEMA Ponto Secullum4 de ate 200 funcionarios.  
 ISS: 4,56%  
 Referencia: 28/11/2022 a 27/12/2022  
 Vencimento: 28/12/2022

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **331470100 - MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE MÁQUINAS MOTRIZES NÃO-ELÉTRICAS**  
 Serviço: **1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
290,98	0,00	0,00	****	****	****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
290,98	0,00	0,00	290,98

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:   
 Número da nota fiscal substituída:   
 Código da Obra:   
 Regra especial:

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7

## RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 04/01/2023
Cedente INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI CNPJ 03.064.684/0001-83					Agência/Código Cedente 0721/02881-9
Endereço Cedente / Beneficiário Final AV DOUTOR NUMA DE OLIVEIRA 127 JD TELESPARK SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12212 660					
Data do documento 04/01/2023	No. Do documento 53300	Espécie doc. DM	Aceite A	Data Processamento 04/01/2023	Nosso Número 181/36957927-0
Uso do Banco	Carteira 181	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 317,17
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.					(-) Descontos/Abatimento
BOLETO ORIGINAL: 109/00089347-9 , VCTO 28/12/2022 NO VALOR DE R\$ ..... 290,98					(+) Mora/Multa
NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO					(=) Valor Cobrado
Pagador: INCS INST NAC DE CIENCIAS DA CNPJ/CPF 009268215001053					
Endereço: Rua Alzirio Lebrão 76 12212-500 Alto da Pont São José dos Ca SP					
Beneficiário Final:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.81361 95792.700726 10288.190001 3 92200000031717

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 04/01/2023
Cedente INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI CNPJ 03.064.684/0001-83					Agência/Código Cedente 0721/02881-9
Data do documento 04/01/2023	No. Do documento 53300	Espécie doc. DM	Aceite A	Data Processamento 04/01/2023	Nosso Número 181/36957927-0
Uso do Banco	Carteira 181	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 317,17
Instrução (Todas informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente).					(-) Descontos/Abatimento
BOLETO ORIGINAL: 109/00089347-9 , VCTO 28/12/2022 NO VALOR DE R\$ ..... 290,98					(+) Mora/Multa
NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO					(=) Valor Cobrado
Sacado: INCS INST NAC DE CIENCIAS DA CNPJ/CPF 009268215001053					
Endereço: Rua Alzirio Lebrão 76 12212-500 Alto da Pont São José dos Ca SP					
Beneficiário Final:					

Ficha de Compensação  
Autenticação Mecânica



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.81361 95792.700726 10288.190001 3 92200000031717
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>03.064.684/0001-83</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INST NAC DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	04/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	04/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	317,17
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	317,17
<b>Valor Pago (R\$):</b>	317,17

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** NF 18003 INTERPOINT

**Data/hora da operação:** 04/01/2023 16:49:25

**Código da operação:** 004558702

**Chave de segurança:** NTLWVSXEQF1C5RRF

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 246</b>					
190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA ROMA 673		JARDIM AUGUSTA							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSÉ DOS CAMPOS		SP		12.216-510		53886/333-SP		347.410.228-11	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
23/07/1986		MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Despedida sem justa causa, pelo empregador									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 6.358,79		07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022		SJ2	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 26/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 3.831,07	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 203,30	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercícios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 03/12 avos	R\$ 1.641,95
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 07/10/2021 à 06/10/2022	R\$ 6.567,79	68 Terço constitucional de férias	R\$ 2.919,02	69 Aviso prévio indenizado 39/39 dias	R\$ 8.538,13
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 380,65	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 547,32	95 Cargo de confiança	R\$ 1.548,57
99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00				
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 26.177,80</b>

**DEDUÇÕES**

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 617,78	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 28,54
14.1 IRRF	R\$ 496,05	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 1.142,37</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 25.035,43</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 0559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 246</b>					
190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA ROMA 673		JARDIM AUGUSTA							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSÉ DOS CAMPOS		SP		12.216-510		53886/333-SP		347.410.228-11	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
23/07/1986		MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Despedida sem justa causa, pelo empregador									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 6.358,79		07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022		SJ2	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 26/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 3.831,07	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 203,30	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 03/12 avos	R\$ 1.641,95
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 07/10/2021 à 06/10/2022	R\$ 6.567,79	68 Terço constitucional de férias	R\$ 2.919,02	69 Aviso prévio indenizado 39/39 dias	R\$ 8.538,13
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 380,65	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 547,32	95 Cargo de confiança	R\$ 1.548,57
99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00				
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 26.177,80</b>

**DEDUÇÕES**

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 617,78	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 28,54
14.1 IRRF	R\$ 496,05	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 1.142,37</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 25.035,43</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 0559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO		
				<b>Código: 246</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	53886/333-/SP		347.410.228-11		23/07/1986
				20	Nome da Mãe
					MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Despedida sem justa causa, pelo empregador</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ2
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 5.59/2022

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO <span style="float:right">Código: 246</span>		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	53886/333-SP		347.410.228-11		23/07/1986
				20	Nome da Mãe
					MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Despedida sem justa causa, pelo empregador</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ2
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
	1 - Empregado				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO		
				<b>Código: 246</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	53886/333-SP		347.410.228-11		23/07/1986
				20	Nome da Mãe
					MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Despedida sem justa causa, pelo empregador</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ2
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 5.59/2022

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
Sgrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

\_\_\_\_\_  
151 Assinatura do Trabalhador

\_\_\_\_\_  
152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO		
					<b>Código: 246</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	53886/333-/SP		347.410.228-11		23/07/1986
				20	Nome da Mãe
					MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Despedida sem justa causa, pelo empregador</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ2
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 5.59/2022

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0010-53 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**190.34691.01-5 DEBORA DE MOURA BOTELHO Código: 246**

17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**53886/333-/SP 347.410.228-11 23/07/1986 MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Despedida sem justa causa, pelo empregador**

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**07/10/2019 27/12/2022 26/12/2022 SJ2 0,00**

30 Categoria do Trabalhador  
**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**914.012.266.86268-6 52.169.117/0001-05 - SEESP**

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0010-53 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**190.34691.01-5 DEBORA DE MOURA BOTELHO Código: 246**

17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**53886/333-/SP 347.410.228-11 23/07/1986 MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Despedida sem justa causa, pelo empregador**

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**07/10/2019 27/12/2022 26/12/2022 SJ2 0,00**

30 Categoria do Trabalhador  
**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**914.012.266.86268-6 52.169.117/0001-05 - SEESP**

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	190.34691.01-5		DEBORA DE MOURA BOTELHO		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	53886/333-SP		347.410.228-11		23/07/1986
				20	Nome da Mãe
					MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Despedida sem justa causa, pelo empregador</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	07/10/2019		27/12/2022		26/12/2022
				27	Cód. Afast.
					SJ2
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP		

59/2022  
 Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0010-53 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**190.34691.01-5 DEBORA DE MOURA BOTELHO Código: 246**

17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**53886/333-/SP 347.410.228-11 23/07/1986 MARIA ROSA DE MOURA BOTELHO**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Despedida sem justa causa, pelo empregador**

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**07/10/2019 27/12/2022 26/12/2022 SJ2 0,00**

30 Categoria do Trabalhador  
**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**914.012.266.86268-6 52.169.117/0001-05 - SEESP**

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 25.035,43 (Vinte e cinco mil e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE DM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8048 / 00000042398-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	DEBORA DE MOURA BOTELHO
<b>CPF/CNPJ:</b>	347.410.228-11
<b>Valor:</b>	R\$ 25.035,43
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	RESC DEBORA BOTELHO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	04/01/2023 07:54:49

<b>Código da operação:</b>	00104429
<b>Chave de segurança:</b>	CZGTXG6EX840TG96

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Mês/Ano: 12/2022

Nome do Destinatário	CPF	Banco	Agência	Conta	Valor	Modalidade
<b>Funcionário: 00226 - ADRIANO DA SILVA</b> KATIA APARECIDA DE PAULO SILVA	278.040.768-94	<b>Valor Pensao: 781,31</b> 237 - BRADESCO S/A - BANCO NEXT	395-6	668888-8	781,31	Conta Corrente
<b>Funcionário: 00283 - MATHEUS NAYRE BASTOS</b> JANAINA DOS SANTOS VANELLI	426.163.418-08	<b>Valor Pensao: 473,04</b> 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	3013-	22549-6	473,04	Poupança

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0395 / 00000668888-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	KATIA APARECIDA DE PAULO SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	278.040.768-94
<b>Valor:</b>	R\$ 781,31
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PENSAO ADRIANO SILVA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	04/01/2023 10:31:43

<b>Código da operação:</b>	00116848
<b>Chave de segurança:</b>	E1KTGUW9P7XEXMXJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
04/01/2023 10:15:51	01/2023	208 / E	1KfsDNiMy

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>20.768.668/0001-90</b>	Inscrição Municipal: <b>323464</b>
Nome/Razão Social: <b>MED55 PRESTACOES DE SERVICOS MEDICOS LTDA</b>	E-mail: <b>DANIELLE.CONTABIL@CAOLL.CO M.BR</b>
Endereço: <b>AV SÃO JOÃO 2400 APTO 31 TORRE B JARDIM DAS COLINAS</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12242-000 ( ) -</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail: <b>incs@incs.med.br</b>
Endereço: <b>Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente a realização de 11 plantões pelo(a) profissional médico(a) Bruno Bianchi do Ó. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte, em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
BANCO ITAÚ S/A - 341 AGENCIA: 1529 C/C ; 43.972-9

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>14.300,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>14.300,00</b>	<b>2,000000</b>	<b>286,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>214,50</b>	<b>92,95</b>	<b>429,00</b>	<b>0,00</b>	<b>143,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>14.300,00</b>	<b>879,45</b>	<b>0,00</b>	<b>13.420,55</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 04/01/2023 08:22:06  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 207 / E  
Código de Verificação: JMTn10pbp

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 20.768.668/0001-90  
Nome/Razão Social: MED55 PRESTACOES DE SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: AV SÃO JOÃO 2400 APTO 31 TORRE B JARDIM DAS COLINAS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12242-000  
Telefone: ( ) -  
Inscrição Municipal: 323464  
E-mail: DANIELLE.CONTABIL@CAOLL.CO M.BR

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: incs@incs.med.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente a realização de 11 plantões pelo(a) profissional médico(a) Bruno Bianchi do Ó no mês Novembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte, em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
BANCO ITAÚ S/A - 341 AGENCIA: 1529 C/C ; 43.972-9

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
14.300,00	0,00	0,00	14.300,00	2,000000	286,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	214,50	92,95	429,00	0,00	143,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
14.300,00	879,45	0,00	13.420,55

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1529 / 00000043972-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MED55 PRESTACOES DE SERVICOS MEDICOS LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.768.668/0001-90
<b>Valor:</b>	R\$ 13.420,55
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 207 MED55
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	04/01/2023 10:34:34

<b>Código da operação:</b>	00117131
<b>Chave de segurança:</b>	57ETJZUT03FQW6UQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTECAO S/S LTDA**  
**CNPJ:** 87.389.086/0001-74  
 RUA RUI BARBOSA - ED.MICHAL.TER., 118  
 CEP: 94.920-510 - Bairro: VILA JARDIM AMÉRICA  
 Município: CACHOEIRINHA - RIO GRANDE DO SUL  
 Telefone: 32043512 - Celular: (51) 99630-2503  
 Email: nfse@prorad.com.br - Site: www.prorad.com.br  
**Insc. Municipal:** 136317 **Insc. Estadual:**

Número da NFS-e  
**142844**  
 Situação  
**Emitida**  
 Tipo  
**Importado**  
 Número RPS: **440521**  
 Série RPS: **RPS**



[Autenticidade](#)

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

 <b>ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA</b>	<b>Identificador</b> 8561 7384 9020 8738 9086 2023 1202 1221 6486 5427	
		
	Data Fato Gerador <b>02/12/2022</b>	Data/Hora Emissão <b>02/12/2022 02:14</b>

### TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CPF/CNPJ 09.268.215/0010-53
Endereço RUA ALZIRIO LEBRAO	Número 76	Complemento NÃO INFORMADO
Bairro ALTO DA PONTE	CEP 12.212-500	Cidade - Estado São José dos Campos - SP

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
402	8561	2.5%	TI	690,00	0,00	0,00	17,25

#### Descrição do Serviço:

Serviço de Dosimetria Pessoal, período de contrato: 15/08/2022 a 14/08/2023  
 Quantidade de dosímetros contratados: 9 dosímetros  
 Parcela 3 de 3

<b>Valor Total</b> 690,00	<b>Desc. Incondicional</b> 0,00	<b>Dedução</b> 0,00	<b>Base de Cálculo</b> 690,00	<b>ISSQN</b> 17,25
<b>ISSRF</b> 0,00	<b>IR</b> 10,35	<b>INSS</b> 0,00	<b>CSLL</b> 6,90	<b>COFINS</b> 20,70
<b>PIS</b> 4,48	<b>Outras Retenções</b> 0,00	<b>Total Trib. Federais</b> 42,43	<b>Desc. Condicional</b> 0,00	<b>Valor Líquido</b> 647,57

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

8561 Cachoeirinha

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(402) Serviço tributado no município do prestador.

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

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 1586/2012 de 23/02/2012 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:

<https://cachoeirinha.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfs-e>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 16/01/2023

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$92,80 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$14,42 (2,09%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Observações: CONFORME LEI N° 13.137/2015 Forma de Pagamento: Boleto Bancário Data de Vencimento: 14/12/2022

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até a data de vencimento					Vencimento 14/12/2022
Cedente PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTEÇÃO S/S LTDA					Agência/Código Cedente 7460/03636-6
Data Documento 02/12/2022	Nº Documento 10334179	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 02/12/2022	Nosso Número 109/10334179-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	( = ) Valor do Documento 647,57
Sacado: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0010-53 RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 /ALTO DA PONTE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP 12.212-500					Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Corte aqui

34191.09107 33417.927465 00363.660002 1 91990000064757

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até a data de vencimento					Vencimento 14/12/2022
Cedente PRO-RAD CONSULTORES EM RADIOPROTEÇÃO S/S LTDA					Agência/Código Cedente 7460/03636-6
Data Documento 02/12/2022	Nº Documento 10334179	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 02/12/2022	Nosso Número 109/10334179-2
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	( = ) Valor do Documento 647,57
Instruções: VALOR REF. A NFS e N. 142844 ** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **					( - ) Descontos/Abatimentos
APÓS 14/12/2022 MULTA ..... R\$ 12,95					( - ) Outras Deduções
MORA DIA/COM.PERMANENC ..... R\$ 0,22					( + ) Mora/Multa
					( + ) Outros Acréscimos
					( = ) Valor Cobrado
Sacado: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0010-53 RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 /ALTO DA PONTE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP 12.212-500					Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0010 / 00000009911-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PRO RAD CONSULTORES EM RADIOPROTECAO
<b>CPF/CNPJ:</b>	87.389.086/0001-74
<b>Valor:</b>	R\$ 647,57
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 142844 PRO RAD
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	04/01/2023 13:35:49

<b>Código da operação:</b>	00132836
<b>Chave de segurança:</b>	33MJGJQRHTYRNP76

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0010 / 00000009911-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PRO RAD CONSULTORES EM RADIOPROTECAO
<b>CPF/CNPJ:</b>	87.389.086/0001-74
<b>Valor:</b>	R\$ 18,63
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	REST NF 142844 PRO R
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	04/01/2023 13:41:13

<b>Código da operação:</b>	00133226
<b>Chave de segurança:</b>	6L72JSG8NJYUFRR7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE ISABELLA PARDINI COM MAT MEDICO HOSP LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 05/01/2023 - DEST. / REM.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE - VALOR TOTAL: R\$ 129,00		NF-e Nº 000012728 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ISABELLA PARDINI COM MAT MEDICO HOSP LTDA RUA CORONEL MADEIRA, 58 LOJA 9 - CENTRO - CEP:12245-760 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP TEL: (12)3921-6411		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> Nº 000012728 fl. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 3523 0129 8432 1800 0190 5500 1000 0127 2819 0026 8113 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA A VISTA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230021984632 05/01/2023 14:47:35			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645899709113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 29.843.218/0001-90	

DESTINATÁRIO / REMETENTE					
NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE			CNPJ / CPF 09.268.215/0024-59		DATA DA EMISSÃO 05/01/2023
ENDEREÇO AV RUI BARBOSA, 254			BAIRRO / DISTRITO SANTANA		CEP 12212-000
MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMPOS		FONE / FAX (11)3035-2779	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 14:47:33

FATURA	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	12728	129,00	0,00	129,00

DUPLICATAS					
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	05/01/2023	129,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	129,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	129,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS   IPI
1102321	MASCARA ELASTICO C/ 50 WILTEX	62101000	1102	5102	PCT	10,00	12,90	0,00	129,00	0,00	0,00	0,00	0,00   0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES TRIB APROX R\$ 27,15 FEDERAL E 23,22 ESTADUAL FONTE: IBPT 0EBB1B EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL *** PAGO	RESERVADO AO FISCO



## CIRUVALE

Cnpj/Cpf: 48286728000158

Endereço: R MAJOR ANTONIO DOMINGUES Nº317

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

cep 12245-750

Telefone: (12)3921-6411

Email: vendas@ciruvale.com.br

Orçamento N° B0021625 Data 04/01/2023 Valido Até 09/01/2023 Vendedor BIANCA

CPF/CNPJ 121  
Nome LUANA  
Endereço  
Bairro  
Cidade  
Email

N° Complemento  
Cep Uf Telefone

Codigo	Descrição	Qtde	Unit	Desconto	Unit Desc	SubTotal
1102321	MASCARA ELASTICO C/ 50 WILTEX	10	13,80	0,90	12,90	129,00
<b>Total</b>						129,00

Condição de Pagamento:

Prazo de Entrega:

Obs: ISABELLA PARDINI - ITAU 29.843.218/0001-90 AG 1613 C/C 73124-7

### Controle da Logistica

- Transferido
- Transformou em Pedido
- Multi loja
- NF
- Baixa



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1613 / 00000073124-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CIRUVALE COMERCIO
<b>CPF/CNPJ:</b>	29.843.218/0001-90
<b>Valor:</b>	R\$ 129,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC CIRUVALE COMERCI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	04/01/2023 16:17:13

<b>Código da operação:</b>	00146967
<b>Chave de segurança:</b>	CU5TYRM2Z671KJ9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Mês/Ano: 12/2022

Nome do Destinatário	CPF	Banco	Agência	Conta	Valor	Modalidade
<b>Funcionário: 00226 - ADRIANO DA SILVA</b> KATIA APARECIDA DE PAULO SILVA	278.040.768-94	<b>Valor Pensao: 781,31</b> 237 - BRADESCO S/A - BANCO NEXT	395-6	668888-8	781,31	Conta Corrente
<b>Funcionário: 00283 - MATHEUS NAYRE BASTOS</b> JANAINA DOS SANTOS VANELLI	426.163.418-08	<b>Valor Pensao: 473,04</b> 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	3013-	22549-6	473,04	Poupança

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	3013 / 1288 / 000754694047-9

<b>Nome destinatário:</b>	JANAINA DOS SANTOS VANELLI
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 473,04

<b>Data de débito:</b>	04/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	04/01/2023 08:15:55

<b>Código da operação:</b>	040815
<b>Chave de segurança:</b>	56PK7RZ2UJ7L3U8C

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREÍ</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</b>			Número da Nota <b>108</b>		
				Data de Emissão <b>14/02/2023</b>		
				Código de Verificação * <b>U1ZP-MZSH</b>		
				Série <b>NE</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>						
CPF/CNPJ: <b>37.616.764/0001-16</b> Inscrição Municipal: <b>70973</b> Nome/Razão Social: <b>FERNANDO DOS SANTOS SILVA 22405315840</b> Endereço: <b>Rua CAMILO CASTELO BRANCO 93 - - JARDIM SANTA MARINA - CEP: 12312535</b> Município: <b>JACAREI</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>fernando.bombeirosantos@gmail.com</b>						
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>						
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0024-59</b> Inscrição Municipal: Endereço: <b>Avenida RUI BARBOSA 254 - - SANTANA - CEP: 12212000</b> Município: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>contato@incs.org.br</b>						
<b>ITEM DA LISTA DE SERVIÇO DO MUNICÍPIO</b>						
<b>4322303 - 4322303 - INSTALAÇÕES DE SISTEMA DE PREVENÇÃO CONTRA INCÊNDIO</b>						
<b>LISTA DE SERVIÇOS ANEXA À LEI COMPLEMENTAR Nº 116, DE 31 DE JULHO DE 2003</b>						
<b>14.06 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipamentos, inclusive montagem industrial, prestados ao usuário final, exclusivamente com material por ele fornecido;</b>						
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO DIA 14/02/2023, EM SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>						
Referente aos 50% restantes para o processo de renovação de AVCB da UBS Santana, conforme orçamento 1025B/2022.						
Dados bancários: Banco Inter - 077 Ag 0001 CC 6981925-4 Fernando dos Santos Silva CNPJ 37.616.764/0001-16 PIX 37.616.764/0001-16 OBS.: NF paga.						
Valor do Serviço <b>R\$ 375,00</b>		Deduções <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incond. <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 375,00</b>	Alíquota (%) <b>0,00</b>	Valor do ISS (R\$) <b>0,00</b>
Desconto Cond. <b>R\$ 0,00</b>	Retenção INSS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção PIS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção COFINS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Retenção IRRF <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 375,00</b>						
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 375,00</b>						
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>						
- Empresa MEI, Optante pelo SIMEI						
- Tributação no Município de JACAREI - SP pelo Prestador: FERNANDO DOS SANTOS SILVA 22405315840						

\*A autenticidade desta Nota Fiscal deverá ser confirmada no site da Prefeitura.

**ORÇAMENTO 1025B/2022.**

**Jacareí, 29 de dezembro de 2022.**

**A/C Sra. Flávia.**

**Local: USB SJC – Unidade Rui Barbosa, 2455.**

**ASSUNTO: Processo de renovação de AVCB.**

**Prezada Sra. Flávia,**

Atendendo à solicitação de V.S<sup>a</sup>., apresentamos nosso orçamento para sua apreciação.

**1- DO OBJETIVO:**

Este orçamento visa atender ao fornecimento de documentação, das medidas de proteção contra incêndio, para fins de renovação de AVCB, bem como as manutenções conforme as exigências do Decreto Estadual 63.911/18;

- Fornecimento de ART (Anotação de Responsabilidade Técnica exigida pelo Corpo de Bombeiros) referente à manutenção das medidas de segurança contra incêndio;
- Visita técnica para testes e verificações para manutenções;

**OBS.: 1- Não inclusa taxa de vistoria do Corpo de Bombeiros;**

**2- Caso o bombeiro exija uma ART do sistema de gás, será acrescido o valor de R\$500,00 à esta proposta.**

**2- LEIS E NORMAS APLICADAS:**

- Decreto Estadual 63.911/18

**3- NECESSIDADES E EXIGENCIAS PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

- Acessibilidade ao estabelecimento em horário comercial e sem restrições;

**4- PRAZO DE CONCLUSÃO DO SERVIÇO:**

- Inspeção: já realizada;

- Emissão das ART's: até 2 (dois) dias úteis após a aprovação;

5- **VALORES E FORMA DE PAGAMENTO:**

Serviços supracitados	R\$ 750,00
<b>Total dos serviços</b>	<b>R\$ 750,00</b>

- 1. Esta proposta/orçamento tem validade de 15 dias;**
- 2. Pagamento Sinal de 50% em 5 dias do aceite da proposta e restante para 30 dias.**

FERNANDO DOS SANTOS  
SILVA:22405315840

Assinado de forma digital por FERNANDO DOS SANTOS  
SILVA:22405315840  
Dados: 2022.12.29 11:41:58 -03'00'

Engenheiro Civil



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000982017-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PREVMAX BOMBEIROS
<b>CPF/CNPJ:</b>	224.053.158-40
<b>Valor:</b>	R\$ 375,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 1025 PREVMAX P1
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	05/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	05/01/2023 14:15:02

<b>Código da operação:</b>	00145800
<b>Chave de segurança:</b>	WJYKV3ZG632T0X9R

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 10:30:11

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F17				02-DDD/TELEFONE (0015)30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 82.720,51	06-QTDE TRABALHADORES 26	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 09.268.215/0024-59	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.617,64	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.617,64
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

85860000667 176401792303 107672050807 926821500245

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 10:30:11

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F17				02-DDD/TELEFONE (0015)30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 82.720,51	06-QTDE TRABALHADORES 26	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 09.268.215/0024-59	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.617,64	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.617,64
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

85860000667 176401792303 107672050807 926821500245

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858600000667 176401792303 107672050807 926821500245

**CNPJ/CEI empresa:** 09.268.215/0024-59  
**Cód. convênio:** 0179  
**Data de validade:** 07/01/2023  
**Competência:** 12/2022

**Valor recolhido:** 6.617,64

**Identificação da operação:** FGTS UBS SANTANA 12.22

**Data / hora:** 06/01/2023  
**Data de Débito:** 06/01/2023

**Código da operação:** 00560527  
**Chave de segurança:** LME656V6LYR1WVZR

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 15:55:52

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0015) 30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 47.430,03	06-QTDE TRABALHADORES 23	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 ) 09.268.215/0001-62	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 3.794,40	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 3.794,40
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858500000371 944001792309 107672050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 15:55:52

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0015) 30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 47.430,03	06-QTDE TRABALHADORES 23	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 ) 09.268.215/0001-62	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 3.794,40	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 3.794,40
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858500000371 944001792309 107672050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858500000371 944001792309 107672050807 926821500016

**CNPJ/CEI empresa:** 09.268.215/0001-62  
**Cód. convênio:** 0179  
**Data de validade:** 07/01/2023  
**Competência:** 12/2022

**Valor recolhido:** 3.794,40

**Identificação da operação:** FGTS UBS PONTE 12.22

**Data / hora:** 06/01/2023  
**Data de Débito:** 06/01/2023

**Código da operação:** 00560923  
**Chave de segurança:** RGKEEKUJKGT45WRS

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 15:04:57

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03				02-DDD/TELEFONE (0015) 30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 637.277,80	06-QTDE TRABALHADORES 140	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 ) 09.268.215/0010-53	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 50.982,22	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 50.982,22
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858700005091 822201792305 107672050807 926821500105

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 15:04:57

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03				02-DDD/TELEFONE (0015) 30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 637.277,80	06-QTDE TRABALHADORES 140	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 ) 09.268.215/0010-53	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 50.982,22	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 50.982,22
---	---------------------	----------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858700005091 822201792305 107672050807 926821500105

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858700005091 822201792305 107672050807 926821500105

**CNPJ/CEI empresa:** 09.268.215/0010-53  
**Cód. convênio:** 0179  
**Data de validade:** 07/01/2023  
**Competência:** 12/2022

**Valor recolhido:** 50.982,22

**Identificação da operação:** FGTS UPA PONTE 12.22

**Data / hora:** 06/01/2023  
**Data de Débito:** 06/01/2023

**Código da operação:** 00561217  
**Chave de segurança:** 8KPHJFWUSJXTLQR9

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 03/01/2023 - 11:37:23

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0015)30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 33.615,87	06-QTDE TRABALHADORES 20	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 09.268.215/0001-62	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 2.689,26	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 2.689,26
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858900000263 892601792303 107672050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 03/01/2023 - 11:37:23

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0015)30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 33.615,87	06-QTDE TRABALHADORES 20	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 09.268.215/0001-62	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 2.689,26	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 2.689,26
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858900000263 892601792303 107672050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858900000263 892601792303 107672050807 926821500016

**CNPJ/CEI empresa:** 09.268.215/0001-62  
**Cód. convênio:** 0179  
**Data de validade:** 07/01/2023  
**Competência:** 12/2022

**Valor recolhido:** 2.689,26

**Identificação da operação:** FGTS TELESPARK 12.22

**Data / hora:** 06/01/2023  
**Data de Débito:** 06/01/2023

**Código da operação:** 00562497  
**Chave de segurança:** 8W0HP08MQQKK8E95

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 17:45:56

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0015)30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 42.076,42	06-QTDE TRABALHADORES 21	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 09.268.215/0001-62	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 3.366,11	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 3.366,11
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858000000330 661101792301 107672050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 04/01/2023 - 17:45:56

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE				02-DDD/TELEFONE (0015)30352779
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 42.076,42	06-QTDE TRABALHADORES 21	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO ( 8 ) 09.268.215/0001-62	11-COMPETÊNCIA 12/2022	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2023

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 3.366,11	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 3.366,11
--	---------------------	---------------------------------

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2023\*\*

858000000330 661101792301 107672050807 926821500016

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858000000330 661101792301 107672050807 926821500016

**CNPJ/CEI empresa:** 09.268.215/0001-62  
**Cód. convênio:** 0179  
**Data de validade:** 07/01/2023  
**Competência:** 12/2022

**Valor recolhido:** 3.366,11

**Identificação da operação:** FGTS ALTOS DE S 12.22

**Data / hora:** 06/01/2023  
**Data de Débito:** 06/01/2023

**Código da operação:** 00567101  
**Chave de segurança:** T0KGT99NGV2ZXKXS

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 02/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 575</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
575	24,93	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	VINTE E QUATRO REAIS E NOVENTA E TRES CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE Total Beneficios.....R\$ 1.466,40 Total Geral do boleto referente ao pedido 8051 R\$ 1.491,33	24,93	24,93

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b>	R\$	24,93	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>	
	<b>Alíquota Simples:</b>	%	2,00		
	<b>ISS Incluso</b>	R\$	---		R\$

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
1FT7IS1M	MYCBWY55	LBRKUDQR	7G9ZLYMW
N58HWK0Y	2T5IP29O	GEIEX3YA	6HE0UKTJ
68F0LTHI	BJJS1QPA	SR7S45X5	JKJH2BN2
WWXTBFBZ	TZVFNBAT	G5G73RKF	AD19K271

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 575 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
1FT7IS1M	MYCBWY55	LBRKUDQR	7G9ZLYMW
N58HWK0Y	2T5IP29O	GEIEX3YA	6HE0UKTJ
68F0LTHI	BJJS1QPA	SR7S45X5	JKJH2BN2
WWXTBFBZ	TZVFNBAT	G5G73RKF	AD19K271

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Período de 01/01/2023 até 31/01/2023

**Empresa: INCS - INSTITUTO NACIONAL MATRIZ**

CNPJ: 09.268.215/0001-62

**Pedido Nro.: 8051****Matrícula:**

CPF:447.894.278-11

Escala: GERAL 9 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** Ana Clara Lopes dos Santos**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

18

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

93,60

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:090.653.457-79

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ANDREIA SILVA VIEIRA**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:213.881.428-99

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** Joana Darc Santos Vieira**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:106.238.636-18

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** Karine Fernanda Santos Lúcio**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:518.230.588-50

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** LUCIVANIA DE AQUINO**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:162.426.427-19

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** MATHEUS SANTIAGO DA SILVA SOUZA**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula:

CPF:314.181.428-75

Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: THELMA CARLA VIEIRA HONORATO

Local de Trabalho: UBS TELESPARK

Departamento: TELESPARK

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	44	5,20	228,80

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Total Benefícios:</b>	R\$ 1.466,40
<b>Taxa Administrativa:</b>	R\$ 24,93
<b>Taxa Adm. Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Emissão Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Outras Taxas:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa de Entrega:</b>	R\$ 0,00
<b>Repasse:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Desconto Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Total Geral:</b>	R\$ 1.491,33

Emissão: 30/12/2022 15:21

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00016.847238 79958.030003 1 92180000149133

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>02/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 02/01/2023	Núm. do documento 575	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 02/01/2023	Nosso Número 157 / 00000168 - 4
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.491,33</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00016.847238 79958.030003 1 92180000149133

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>02/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 02/01/2023	Núm. do documento 575	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 02/01/2023	Nosso Número 157 / 00000168 - 4
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.491,33</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00016.847238 79958.030003 1 92180000149133
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	02/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	06/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.491,33
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.491,33
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.491,33

**Identificação do Pagamento:** VT TELESPARK 01.23

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 15:43:36

**Código da operação:** 006569565

**Chave de segurança:** PC9S4R5X237ANSHT

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 45470760 Série 1, emitido em 09/01/2023

Número da Nota

**45460322**

Data e Hora de Emissão

**09/01/2023 03:22:15**

Código de Verificação

**U5XB-X28G**

20230109u02535864000133

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **02.535.864/0001-33**

Inscrição Municipal: **6.131.480-3**

Nome/Razão Social: **VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESSAMENTO S.A**

Endereço: **AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900**

Município: **São Paulo**

UF: **SP**



### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA**

CPF/CNPJ: **09.268.215/0001-62**

Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **R Emygdia Campolim 131 - Parque Campolim - CEP: 18047-626**

Município: **Sorocaba**

UF: **SP**

E-mail: **amanda.dias@incs.org.br**

### INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----**

Nome/Razão Social: **----**

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Total de Credito VR Alimentação: R\$ 5.254,70 - (22 cartão(ões))

Tarifa de reemissão de cartão VR Alimentação: R\$ 9,00 - (1 cartão(ões))

Vencimento em 06/01/2023

IRRF 1,5% Sob Responsabilidade de VR Benefícios Serv Proc S.A. conforme I.N. 153/87 e

Lei 7450/85, art. 53 - R\$ 0,14

Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$1,21 Federal, R\$0,38 Municipal e R\$7,41 pelos serviços

Fonte: IBPT/empresometro.com.br BEA5CD 22.2.G

Pedido: 20230106002576 CC: UBS SANTANA

REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU

PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9,00**

**VALOR TOTAL RECEBIDO = R\$ 5.263,70**

INSS (R\$)

IRRF (R\$)

CSLL (R\$)

COFINS (R\$)

PIS/PASEP (R\$)

-

-

-

-

-

Código do Serviço

**03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares**

Valor Total das Deduções (R\$)

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**9,00**

Alíquota (%)

**2,00%**

Valor do ISS (R\$)

**0,18**

Crédito (R\$)

**0,00**

Município da Prestação do Serviço

-

Número Inscrição da Obra

-

Valor Aproximado dos Tributos / Fonte

**R\$ 1,59 (17,64%) / IBPT**

### OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 45470760 Série 1, emitido em 09/01/2023; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2023;



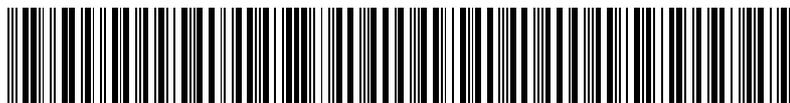
## Relatório de Detalhes do Pedido

CNPJ: 09.268.215/0001-62  
 Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA  
 Pedido: 20230106002576  
 Data do Pedido: 6/1/2023 13:51

Resumo do Pedido						
Produto	Data do Crédito	Total do Pedido (F Descrição)	Valor base	Qtde Beneficiári	Qtde Provisórios	Total (R\$)
VR Alimentação	9/1/2023	5.263,70				
		Valor do Benefício (R\$)		22		5.254,70
		Taxa de serviço (% por valor creditado)	0,00	22		0,00
		Tarifa de reemissão de cartões RH (R\$ por cartã	9,00	1		9,00
<b>Valor Total do Pedido (R\$)</b>		<b>5.263,70</b>				

Detalhes do Pedido										
Nome	Valor do Benefi	Produto	CPF	Matrícula	Cód. Local Entr	Local de Entrega	Cód. Departame	Departamento	Emissão	Cartão
ALEXANDRA ROBERTA HONORIO OSSES	238,85	VR Alimentação	277.605.988-40		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
AMANDA LOPES DA ROSA	238,85	VR Alimentação	469.923.388-03		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Sim	
ANA CAROLINA QUIRINO DA SILVA	238,85	VR Alimentação	350.165.478-23		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
CLAUDIA PRISCILA FONSECA CARNEIRO	238,85	VR Alimentação	319.908.188-62		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
FATIMA DE SOUZA AUGUSTO	238,85	VR Alimentação	045.628.328-51		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
FLAVIA CALIANO DA COSTA	238,85	VR Alimentação	331.336.418-75		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
GISELE DA COSTA NASCIMENTO	238,85	VR Alimentação	292.783.348-63		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
JENNIFER KAREN DA SILVA	238,85	VR Alimentação	404.339.818-22		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
JORGE LUIS DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	560.941.326-53		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
LEONARDO FERNANDO SOARES	238,85	VR Alimentação	443.433.398-40		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
LIDIANE OLIVEIRA DA MOTTA LUZ	238,85	VR Alimentação	389.360.308-50		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
LUANA APARECIDA DE OLIVEIRA PINTO	238,85	VR Alimentação	027.804.085-37		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
LUANA MARIA AMERICO	238,85	VR Alimentação	406.162.328-10		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA	238,85	VR Alimentação	403.995.688-59		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
PATRICIA MARIA RANGEL	238,85	VR Alimentação	225.563.578-00		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Sim	
PEDRO HENRIQUE PEREIRA QUIRINO	238,85	VR Alimentação	421.899.908-23		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
POLIANA APARECIDA RIBEIRO DA SILVA	238,85	VR Alimentação	391.967.108-29		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
RAQUEL SILVEIRA DE SOUZA	238,85	VR Alimentação	480.788.538-31		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Sim	
ROSEMARY DA SILVA ALVES	238,85	VR Alimentação	098.533.558-09		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
TAMISSA APARECIDA TRIGUEIRO	238,85	VR Alimentação	374.923.398-52		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	
TERESA DE FATIMA PAULA CAMPOS	238,85	VR Alimentação	098.477.328-25		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Sim	
VIVIANE CRISTINA DO NASCIMENTO	238,85	VR Alimentação	219.801.618-44		01	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	01	UBS SANTANA	Não	

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco.</b>					Vencimento <b>06/01/2023</b>	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b>			CNPJ/CPF <b>02.535.864/0001-33</b>		Agência / Código do Beneficiário <b>0001/16140-5</b>	
Data do Documento <b>06/01/2023</b>	Nº do Documento <b>20230106002576</b>	Espécie Doc. <b>DV</b>	Acerte <b>N</b>	Data de Processamento <b>06/01/2023</b>	Nosso Número / Cód. do Documento <b>110/1102089365-0</b>	
Uso do Banco	Carteira <b>110</b>	Espécie Moeda <b>R\$</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Valor do Documento <b>5263,70</b>	
Instruções Sr. Caixa: Não receber após 06/01/2023. Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do beneficiário. Sr. Cliente: Este produto é pré-pago e seu pedido será processado e entregue somente após a confirmação do pagamento. Após o dia 06/01/2023 o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto. Produtos: Alimentação					(-) Desconto / Abatimento <b>0,00</b>	
					(-) Outras Deduções <b>0,00</b>	
					(+) Mora / Multa <b>0,00</b>	
					(+) Outros Acréscimos <b>0,00</b>	
					(-) Valor Cobrado <b>5263,70</b>	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b> <b>Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900</b>					Código de Baixa <b>09.268.215/0001-62</b>	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> <b>R Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba / SP</b>						



Autenticação Mecânica

**FICHA DE COMPENSAÇÃO**

**BENEFICIÁRIO :** VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.  
Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900

Nome do Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b>		CNPJ/CPF <b>02.535.864/0001-33</b>	Data de Vencimento <b>06/01/2023</b>	Valor Cobrado <b>5263,70</b>
Agência / Código do Beneficiário <b>0001/16140-5</b>		Nosso Número <b>110/1102089365-0</b>		
Autenticação Mecânica				

**Levar facilidades para o dia a dia do trabalhador pela tela do celular**

*É DA NOSSA CONTA.*

**APP VR e VOCÊ**

- Aplicativo gratuito (disponível para iOS e Android)
- Consultas de saldo e extrato
- Desbloqueio do cartão
- VR Pague: para pagamento de delivery por link
- Gráfico de utilização e gastos sugeridos diários
- Recomendações e notificações

**Divulgue na sua empresa mais uma facilidade da VR para o trabalhador.**



Conta comigo



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	61090.00114 10000.000116 10208.936509 1 92220000526370
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO VR S/A
<b>Código do Banco:</b>	610
<b>Código do ISPB:</b>	78626983
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>02.535.864/0001-33</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	02.535.864/0001-33
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INSTITUTONACIONALDECIENCIASDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	06/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	06/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	5.263,70
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	5.263,70
<b>Valor Pago (R\$):</b>	5.263,70
<b>Identificação do Pagamento:</b>	VR UBS SANTANA 12.22

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 15:53:29

**Código da operação:** 006580903  
**Chave de segurança:** 3HKX1V21G4ARPK5P

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> RPS Nº 45464692 Série 1, emitido em 09/01/2023 20230222u02535864000133	Número da Nota <b>45454326</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>09/01/2023 02:40:12</b>			
	Código de Verificação <b>APAA-RSQL</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 CPF/CNPJ: <b>02.535.864/0001-33</b> Inscrição Municipal: <b>6.131.480-3</b> Nome/Razão Social: <b>VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESSAMENTO S.A</b> Endereço: <b>AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b> Inscrição Municipal: <b>----</b> Endereço: <b>R Alzirio Lebrao 76 - Alto Da Ponte - CEP: 12212-500</b> Município: <b>São José dos Campos</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>aline.costa@incs.org.br</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Total de Credito VR Alimentação: R\$ 238,85 - (1 cartão(ões))				
Vencimento em 06/01/2023 Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$0,00 Federal, R\$0,00 Municipal e R\$0,00 pelos serviços Fonte: IBPT/empresometro.com.br BEA5CD 22.2.G Valor da corretagem ou comissão: zero Pedido: 20230106003888 CC: ALTO DA PONTE <b>REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS.</b>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00</b>				
<b>VALOR TOTAL RECEBIDO = R\$ 238,85</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	<b>17,64% / IBPT</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 45464692 Série 1, emitido em 09/01/2023;				

 <p><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</p> <p><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> RPS Nº 45464693 Série 1, emitido em 09/01/2023</p> <p>20230222u02535864000133</p>	Número da Nota <b>45454327</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>09/01/2023 02:40:12</b>			
	Código de Verificação <b>NAZ9-CBQX</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 <p>CPF/CNPJ: <b>02.535.864/0001-33</b> Inscrição Municipal: <b>6.131.480-3</b> Nome/Razão Social: <b>VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESSAMENTO S.A</b> Endereço: <b>AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b></p>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
<p>Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0001-62</b> Inscrição Municipal: <b>----</b> Endereço: <b>R Emygdia Campolim 131 - Parque Campolim - CEP: 18047-626</b> Município: <b>Sorocaba</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>amanda.dias@incs.org.br</b></p>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Total de Credito VR Alimentação: R\$ 716,55 - (3 cartão(ões))				
<p>Vencimento em 06/01/2023 Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$0,00 Federal, R\$0,00 Municipal e R\$0,00 pelos serviços Fonte: IBPT/empresometro.com.br BEA5CD 22.2.G Valor da corretagem ou comissão: zero Pedido: 20230106003888 CC: UBS ALTO DA PONTE REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS.</p>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00</b>				
<b>VALOR TOTAL RECEBIDO = R\$ 716,55</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra		Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-	-		<b>17,64% / IBPT</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 45464693 Série 1, emitido em 09/01/2023;				



## Relatório de Detalhes do Pedido

CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA  
Pedido: 20230106003888  
Data do Pedido: 6/1/2023 16:16

Resumo do Pedido					
Produto	Data do Crédito	Total do Pedido (R\$)	Descrição	Valor base	Total (R\$)
VR Alimentação	9/1/2023	955,40			
			Valor do Benefício (R\$)		955,40
			Taxa de serviço (% por valor creditado)	0,00	0,00
Valor Total do Pedido (R\$)		955,40			

Detalhes do Pedido									
Nome	Valor do Benefício	Produto	CPF	Matrícula	Cód. Local	Entr. Local de Entrega	Cód. Departame	Departamento	Emissão Cartão
ALDA CRISTINA CYPRIANO	238,85	VR Alimentação	224.309.348-09	03722	30	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	30	UBS ALTO DA PONTE	Sim
ALESSANDRO DOS SANTOS CASTILHO	238,85	VR Alimentação	444.701.748-23	03724	30	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	30	UBS ALTO DA PONTE	Sim
DIANE PRISCILA DOMINGUES	238,85	VR Alimentação	366.431.918-40		30	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	30	UBS ALTO DA PONTE	Não
PATRICIA NOE DOS REIS SANTOS	238,85	VR Alimentação	104.575.907-42		30	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	30	UBS ALTO DA PONTE	Não

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco.</b>					Vencimento <b>06/01/2023</b>	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b>			CNPJ/CPF <b>02.535.864/0001-33</b>		Agência / Código do Beneficiário <b>0001/16140-5</b>	
Data do Documento <b>06/01/2023</b>	Nº do Documento <b>20230106003888</b>	Espécie Doc. <b>DV</b>	Acerte <b>N</b>	Data de Processamento <b>06/01/2023</b>	Nosso Número / Cód. do Documento <b>110/1102090117-2</b>	
Uso do Banco	Carteira <b>110</b>	Espécie Moeda <b>R\$</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Valor do Documento <b>955,40</b>	
Instruções Sr. Caixa: Não receber após 06/01/2023. Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do beneficiário. Sr. Cliente: Este produto é pré-pago e seu pedido será processado e entregue somente após a confirmação do pagamento. Após o dia 06/01/2023 o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto. Produtos: Alimentação					(-) Desconto / Abatimento <b>0,00</b>	
					(-) Outras Deduções <b>0,00</b>	
					(+) Mora / Multa <b>0,00</b>	
					(+) Outros Acréscimos <b>0,00</b>	
					(-) Valor Cobrado <b>955,40</b>	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b> <b>Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900</b>					Código de Baixa <b>09.268.215/0001-62</b>	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> <b>R Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba / SP</b>						



Autenticação Mecânica

**FICHA DE COMPENSAÇÃO**

**BENEFICIÁRIO :** VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.  
Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900

Nome do Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b>		CNPJ/CPF <b>02.535.864/0001-33</b>	Data de Vencimento <b>06/01/2023</b>	Valor Cobrado <b>955,40</b>
Agência / Código do Beneficiário <b>0001/16140-5</b>		Nosso Número <b>110/1102090117-2</b>		Autenticação Mecânica

**Levar facilidades para o dia a dia do trabalhador pela tela do celular**

*É DA NOSSA CONTA.*

**APP VR e VOCÊ**

- Aplicativo gratuito (disponível para iOS e Android)
- Consultas de saldo e extrato
- Desbloqueio do cartão
- VR Pague: para pagamento de delivery por link
- Gráfico de utilização e gastos sugeridos diários
- Recomendações e notificações

**Divulgue na sua empresa mais uma facilidade da VR para o trabalhador.**



Conta comigo



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	61090.00114 10000.000116 10209.011724 1 92220000095540
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO VR S/A
<b>Código do Banco:</b>	610
<b>Código do ISPB:</b>	78626983
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>02.535.864/0001-33</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	02.535.864/0001-33
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INSTITUTONACIONALDECIENCIASDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	06/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	06/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	955,40
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	955,40
<b>Valor Pago (R\$):</b>	955,40
<b>Identificação do Pagamento:</b>	VA ALTOS DE S 12.22

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 16:24:36

**Código da operação:** 006615042

**Chave de segurança:** JN393C50N16SM1XE

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

	<b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b>		Número da Nota <b>45455513</b>	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão <b>09/01/2023 03:15:56</b>	
<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b>		RPS Nº 45465881 Série 1, emitido em 09/01/2023		Código de Verificação <b>MN8U-MZLT</b>
20230125u02535864000133				
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
	CPF/CNPJ: <b>02.535.864/0001-33</b>		Inscrição Municipal: <b>6.131.480-3</b>	
	Nome/Razão Social: <b>VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESSAMENTO S.A</b>			
	Endereço: <b>AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900</b>			
	Município: <b>São Paulo</b>		UF: <b>SP</b>	
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b>				
CPF/CNPJ: <b>09.268.216/0010-53</b>		Inscrição Municipal: <b>----</b>		
Endereço: <b>R Alzirio Lebrao 76 - Alto Da Ponte - CEP: 12212-500</b>				
Município: <b>São José dos Campos</b>		UF: <b>SP</b>	E-mail: <b>aline.costa@incs.org.br</b>	
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b>		Nome/Razão Social: <b>----</b>		
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Total de Credito VR Alimentação: R\$ 32.244,75 - (135 cartão(ões))				
Tarifa de reemissão de cartão VR Alimentação: R\$ 45,00 - (5 cartão(ões))				
<p>Vencimento em 06/01/2023</p> <p>IRRF 1,5% Sob Responsabilidade de VR Beneficios Serv Proc S.A. conforme I.N. 153/87 e Lei 7450/85, art. 53 - R\$ 0,68</p> <p>Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$6,05 Federal, R\$1,89 Municipal e R\$37,06 pelos serviços</p> <p>Fonte: IBPT/empresometro.com.br BEA5CD 22.2.G</p> <p>Pedido: 20230106002302 CC: ALTO DA PONTE</p> <p>REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS.</p>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 45,00</b>				
<b>VALOR TOTAL RECEBIDO = R\$ 32.289,75</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>45,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>0,90</b>	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	<b>R\$ 7,94 (17,64%) / IBPT</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 45465881 Série 1, emitido em 09/01/2023; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2023;				



## Relatório de Detalhes d

**CNPJ:** 09.268.215/0001-62  
**Razão Social:** INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA  
**Pedido:** 20221221002084  
**Data do Pedido:** 21/12/2022 10:15

Produto	Data do Crédito	Total do Pedido (R\$)	Descrição
VR Alimentação	06/01/2023	32.289,75	Valor do Benefício (R\$) Taxa de serviço (% por valor creditado) Tarifa de reemissão de cartões RH (R\$ por cartão)
<b>Valor Total do Pedido (R\$)</b>		<b>32.289,75</b>	

Nome	Valor do Benefício (R\$)	Produto	CPF	Matrícula	Cód. Local Entrega
ABNER DE SOUZA LIMA	238,85	VR Alimentação	392.109.518-24		02
ADALGISA PATRICIA DA SILVA	238,85	VR Alimentação	065.465.304-65		02
ADRIANA APARECIDA MARQUES SILVA BRITC	238,85	VR Alimentação	162.683.248-03		02
ADRIANA DOS SANTOS PRADO	238,85	VR Alimentação	271.506.438-17		02
ADRIANA PEREIRA DUTRA	238,85	VR Alimentação	234.457.588-08		02
ADRIANO DA SILVA	238,85	VR Alimentação	127.098.768-25		02
ADRIANO DE ALMEIDA	238,85	VR Alimentação	370.617.238-07		02
ALAIDE DE FARIA BRAGA	238,85	VR Alimentação	098.441.498-35		02
ALESSANDRA APARECIDA TEODORO	238,85	VR Alimentação	215.976.278-44		02
ALEXANDRA DANIELLE ZENATTI	238,85	VR Alimentação	223.272.818-81		02
ALICE MARA DE SOUZA ALMEIDA	238,85	VR Alimentação	217.884.768-40		02
ANA ALICE RODRIGUES MUNARIN	238,85	VR Alimentação	115.140.628-79		02
ANA CLAUDIA FREITAS BARRETO MENDES	238,85	VR Alimentação	143.126.527-67		02
ANA MARIA DIONIZIO E SILVA	238,85	VR Alimentação	443.516.878-27		02
ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA PRIANTI	238,85	VR Alimentação	256.647.888-01		02
ANDREA ALBINO	238,85	VR Alimentação	260.858.378-44		02
ANGELA APARECIDA CUSTODIO	238,85	VR Alimentação	098.533.628-56		02
BEATRIZ DE CASSIA SOUZA FERNANDES	238,85	VR Alimentação	032.500.546-07		02
BEATRIZ GOMES OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	449.751.838-89		02
BRIANDA NUNES DE LIMA	238,85	VR Alimentação	711.558.211-49		02
CARLA ANDREIA GUIMARAES MENDES	238,85	VR Alimentação	321.347.438-08		02
CARLOS ROBERTO PINTO	238,85	VR Alimentação	222.841.238-48		02
CARLOS RODRIGO SELLA DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	225.098.538-30		02
CINTIA GRAZIELLE PINHEIRO DE LIMA	238,85	VR Alimentação	226.771.598-80		02
CLAUDINEIA APARECIDA BARBOSA HERCULAN	238,85	VR Alimentação	222.098.368-40		02
CRISTIANE ALVES DE CAMPOS	238,85	VR Alimentação	192.900.868-66		02
CRISTINA MARA DA CUNHA	238,85	VR Alimentação	051.848.268-58		02

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

DAIANE SILVA PEREIRA DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	347.637.568-42	02
DANIEL DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	059.349.493-81	02
DANIELE CRISTINA DOS SANTOS GALVÃO	238,85	VR Alimentação	098.917.967-28	02
DARLENE GARCIA VIANA	238,85	VR Alimentação	259.036.458-01	02
DEBORA DE MOURA BOTELHO	238,85	VR Alimentação	347.410.228-11	02
DEBORA VALESKA SILVA RODRIGUES	238,85	VR Alimentação	464.589.598-26	02
DENIS RODRIGUES PINTO	238,85	VR Alimentação	330.650.608-76	02
DIANE PRISCILA DOMINGUES	238,85	VR Alimentação	366.431.918-40	02
EDMARA VIEIRA COUTINHO MARTINS DA SILVA	238,85	VR Alimentação	183.966.428-26	02
EDNALVA ALMEIDA	238,85	VR Alimentação	803.421.913-49	02
EDSON DE PAULA SILVA	238,85	VR Alimentação	218.594.848-24	02
EDSON RODRIGUES DAS CHAGAS	238,85	VR Alimentação	040.905.308-22	02
EDUARDO DA CUNHA FILHO	238,85	VR Alimentação	367.455.668-50	02
ELISABETH DO NASCIMENTO VILAS	238,85	VR Alimentação	150.223.808-03	02
EVERSON FERNANDES	238,85	VR Alimentação	281.306.208-12	02
FABIANA APARECIDA DOS SANTOS PEREIRA	238,85	VR Alimentação	327.772.878-13	02
FABILENE CRISTINA GARCIA MAZZOCATO	238,85	VR Alimentação	275.939.298-84	02
FABIO HENRIQUE	238,85	VR Alimentação	159.630.598-36	02
FERNANDA APARECIDA DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	438.783.418-81	02
FERNANDA DE FATIMA SILVA	238,85	VR Alimentação	308.739.578-14	02
FERNANDA REIS RODRIGUES SANTOS	238,85	VR Alimentação	309.353.838-67	02
FERNANDO DA SILVA VIANA	238,85	VR Alimentação	295.362.698-05	02
FERNANDO MOURA LEAL	238,85	VR Alimentação	044.083.683-26	02
FRANCIS RAFAEL DA SILVA PEDRO	238,85	VR Alimentação	423.751.248-71	02
FRANCISCO HENRIQUE DE SOUSA PEREIRA	238,85	VR Alimentação	052.372.183-85	02
GISELE APARECIDA MOREIRA	238,85	VR Alimentação	353.563.178-59	02
GISLAINE VAZ ROCHA	238,85	VR Alimentação	417.265.568-83	02
GIULIA RIBEIRO FRANCA	238,85	VR Alimentação	443.471.298-58	02
HELENA MARIA SANTOS DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	299.161.318-13	02
HEVERTON DEMETRIUS BARBOSA	238,85	VR Alimentação	285.831.738-00	02
IONE DE SOUZA SANTOS MAFRA RODRIGUES	238,85	VR Alimentação	062.908.266-97	02
ISABEL DE CARVALHO	238,85	VR Alimentação	071.306.178-29	02
ISABELA APARECIDA RIGO MEDEIRO	238,85	VR Alimentação	419.109.608-70	02
ISABELLE SANTOS MAGALHAES	238,85	VR Alimentação	333.843.358-13	02
IVAN GONCALVES DE CASTRO	238,85	VR Alimentação	085.399.396-30	02
JACIRA DE ALMEIDA	238,85	VR Alimentação	181.901.368-52	02
JACKELINE MOLINA RIBEIRO	238,85	VR Alimentação	362.307.328-82	02
JAMILI CRISTINA VIANA	238,85	VR Alimentação	383.354.328-05	02
JANAINA APARECIDA DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	415.764.758-08	02
JAQUELINE DE SOUZA	238,85	VR Alimentação	846.679.407-78	02
JOELINDE SOUSA DE CASTRO	238,85	VR Alimentação	201.903.548-01	02
JOSE RICARDO DE OLIVEIRA ABREU	238,85	VR Alimentação	319.991.008-40	02
JUCELENE DE REZENDE FERNANDES	238,85	VR Alimentação	367.658.588-73	02
JULI DE SOUZA SANTOS RAMOS	238,85	VR Alimentação	445.215.918-41	02
JULIANA APARECIDA VIEIRA SILVA	238,85	VR Alimentação	270.760.178-06	02
KAREN LIMA DE PAULA	238,85	VR Alimentação	506.711.738-98	02
KELLEN CRISTINA AMIN	238,85	VR Alimentação	337.928.718-07	02
LAIDE DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	162.740.898-37	02
LARISSA TUANY DE SOUZA OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	396.702.708-20	02
LEANDRO ICAROSANTOS DANTAS	238,85	VR Alimentação	090.772.144-37	02
LUCAS DA SILVEIRA COELHO	238,85	VR Alimentação	379.981.438-86	02
LUCAS DOMINGOS NATO MACHADO	238,85	VR Alimentação	384.470.408-60	02

MARCIA HELENA DE FREITAS	238,85	VR Alimentação	032.759.077-78	02
MARCIA SIMONE DE CASTILHO	238,85	VR Alimentação	121.820.358-77	02
MARIA DA GLORIA DOS SANTOS AME	238,85	VR Alimentação	087.874.343-00	02
MARIA DAS GRACAS DELFINO RODRIGUES SIL'	238,85	VR Alimentação	664.692.526-72	02
MARIA EUNICE DA SILVA CABRAL	238,85	VR Alimentação	520.477.339-87	02
MARIA PAULA ANGELIS DA GRACA	238,85	VR Alimentação	420.156.998-56	02
MARIA REGINA ROSA CHAGAS	238,85	VR Alimentação	072.408.328-64	02
MARIA ROGERLANIA DE SOUZA FERREIRA	238,85	VR Alimentação	083.482.204-02	02
MARILIA REGINA MOREIRA	238,85	VR Alimentação	059.990.676-69	02
MARLENE DOS SANTOS SANTIAGO	238,85	VR Alimentação	639.924.267-34	02
MATHEUS FERREIRA COSTA	238,85	VR Alimentação	368.386.138-08	02
MATHEUS NAYRE BASTOS	238,85	VR Alimentação	287.584.248-06	02
MAURICEIA MIRANDA NOGUEIRA	238,85	VR Alimentação	279.675.868-08	02
MAYARA MARQUES FARIA	238,85	VR Alimentação	442.190.848-78	02
NATHAN AUGUSTO LEME	238,85	VR Alimentação	185.625.768-16	02
NICOLAS EDUARDO DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	434.574.658-27	02
PAMELA APARECIDA MAFRA DE FREITAS	238,85	VR Alimentação	334.253.428-19	02
PATRICIA SOUZA DOS SANTOS FREIRE	238,85	VR Alimentação	296.059.408-84	02
PAULA THAIS DOS SANTOS ALMEIDA	238,85	VR Alimentação	387.951.458-50	02
PAULO CÉSAR SILVA	238,85	VR Alimentação	081.229.528-52	02
PAULO HENRIQUE LACERDA BARBOSA	238,85	VR Alimentação	016.049.767-13	02
POLIANA SILVA DE SOUZA	238,85	VR Alimentação	471.838.228-93	02
POLLYANA APARECIDA ARAUJO PEREIRA	238,85	VR Alimentação	334.533.248-54	02
PRISCILA RAQUEL DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	484.015.058-36	02
RAQUEL APARECIDA DOS SANTOS MELO SILV	238,85	VR Alimentação	281.924.858-62	02
RAYRAN VIEIRA DA CONCEICAO	238,85	VR Alimentação	605.914.643-06	02
REGINA PEREIRA DA SILVA	238,85	VR Alimentação	103.198.998-61	02
REIA SILVIA DE MATOS RIOS PORTELLA	238,85	VR Alimentação	706.115.995-20	02
RITA DE CASSIA CURSINO FRANCA	238,85	VR Alimentação	278.723.088-19	02
RODRIGO SILVA LIMA	238,85	VR Alimentação	348.297.918-96	02
ROSA MARIA DE FREITAS MIRANDA	238,85	VR Alimentação	150.063.478-64	02
ROSEANE APARECIDA GRILL LEMES DOS SANT	238,85	VR Alimentação	220.823.568-17	02
ROSEMEIRE ALVES DE SOUZA	238,85	VR Alimentação	510.079.405-49	02
SARA CLAUDINO SANTIAGO SILVA	238,85	VR Alimentação	371.309.158-70	02
SILAS FRANCISCO DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	362.557.038-60	02
SILVANA DA GRACA GUEDES	238,85	VR Alimentação	098.427.148-10	02
SIMONE BARBOSA PINTO	238,85	VR Alimentação	325.983.738-80	02
SIMONE MIRANDA MAIA	238,85	VR Alimentação	051.072.985-16	02
STELA CAROLINE CINACHI DE PAULA	238,85	VR Alimentação	469.248.658-95	02
SUELEN APARECIDA DA SILVA ALVES	238,85	VR Alimentação	343.536.048-80	02
TALISON LEONARDO DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	465.229.748-35	02
TATIANA FERREIRA TURIBIO	238,85	VR Alimentação	338.942.158-01	02
TATIANE CORREA SANTORO	238,85	VR Alimentação	397.187.348-05	02
TAUANE LEITE DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	398.743.808-88	02
THAIS APARECIDA DE FARIA PRADO	238,85	VR Alimentação	426.889.768-26	02
THIAGO DE SOUZA PINHEIRO	238,85	VR Alimentação	313.085.568-88	02
THIAGO FERNANDO CARDOSO DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	424.351.668-50	02
VALDIRENE COSTA RAMOS	238,85	VR Alimentação	352.895.618-62	02
VICENCA PAULA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	798.546.213-91	02
VIRGINIA APARECIDA VIEIRA	238,85	VR Alimentação	224.607.018-02	02
WAGNER BARIZON GOMES	238,85	VR Alimentação	228.217.338-44	02
WALQUIRIA APARECIDA RAMOS	238,85	VR Alimentação	261.112.298-93	02

WESLEY KAIQUE AMANCIO SILVA	238,85	VR Alimentação	365.738.608-45	02
WHITNEI FELICIANO DOS SANTOS	238,85	VR Alimentação	359.393.648-88	02
WILLIAM BOTECCHIA	238,85	VR Alimentação	340.068.668-95	02
WILLIAN RAMOS PAULINO	238,85	VR Alimentação	474.241.458-60	02







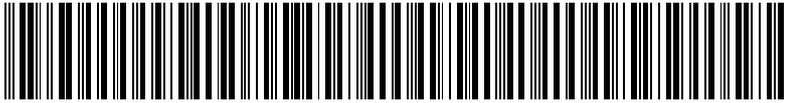
NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	02	ALTO DA PONTE	Não
NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	02	ALTO DA PONTE	Não
NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	02	ALTO DA PONTE	Não
NSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	02	ALTO DA PONTE	Não



**Recebido em**

**Assinatura**

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco.</b>					Vencimento 06/01/2023	
Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.				CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33		Agência / Código do Beneficiário 0001/16140-5
Data do Documento 06/01/2023	Nº do Documento 20230106002302	Espécie Doc. DV	Acerte N	Data de Processamento 06/01/2023		Nosso Número / Cód. do Documento 110/1102089188-6
Uso do Banco	Carteira 110	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Valor do Documento 32289,75	
Instruções Sr. Caixa: Não receber após 06/01/2023. Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do beneficiário. Sr. Cliente: Este produto é pré-pago e seu pedido será processado e entregue somente após a confirmação do pagamento. Após o dia 06/01/2023 o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto. Produtos: Alimentação					(-) Desconto / Abatimento 0,00	
					(-) Outras Deduções 0,00	
					(+) Mora / Multa 0,00	
					(+) Outros Acréscimos 0,00	
					(-) Valor Cobrado 32289,75	
Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A. Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900					Código de Baixa 09.268.215/0001-62	
Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA R Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba / SP						



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

**BENEFICIÁRIO :** VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.  
Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900

Nome do Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.		CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33	Data de Vencimento 06/01/2023	Valor Cobrado 32289,75
Agência / Código do Beneficiário 0001/16140-5		Nosso Número 110/1102089188-6		
Autenticação Mecânica				

Levar facilidades para o dia a dia do trabalhador pela tela do celular

*É DA NOSSA CONTA.*

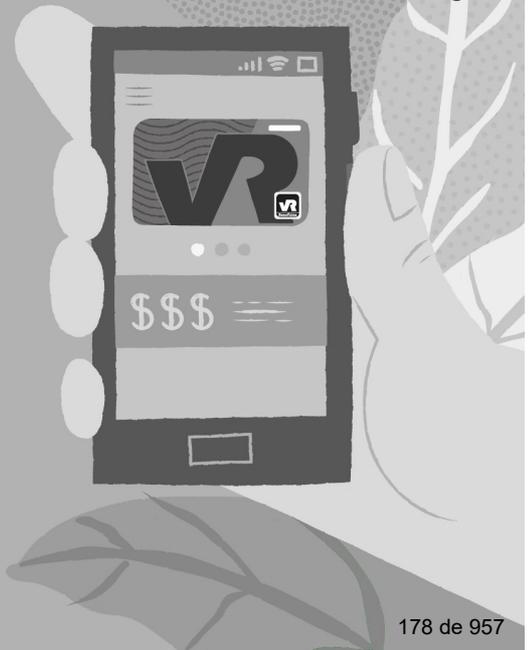
**APP VR e VOCÊ**

- Aplicativo gratuito (disponível para iOS e Android)
- Consultas de saldo e extrato
- Desbloqueio do cartão
- VR Pague: para pagamento de delivery por link
- Gráfico de utilização e gastos sugeridos diários
- Recomendações e notificações

Divulgue na sua empresa mais uma facilidade da VR para o trabalhador.



Conta comigo





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	61090.00114 10000.000116 10208.918861 9 92220003228975
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO VR S/A
<b>Código do Banco:</b>	610
<b>Código do ISPB:</b>	78626983
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>02.535.864/0001-33</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	02.535.864/0001-33
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INSTITUTONACIONALDECIENCIASDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	06/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	06/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	32.289,75
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	32.289,75
<b>Valor Pago (R\$):</b>	32.289,75
<b>Identificação do Pagamento:</b>	VR UPA PONTE 12.22

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 16:44:57

**Código da operação:** 006637095  
**Chave de segurança:** GEXS8QMJ75UX4QJF

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00006511149-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	TALITA FERNANDA DA SILCA COSTA
<b>CPF/CNPJ:</b>	483.139.748-26
<b>Valor:</b>	R\$ 1.923,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG TALITA COSTA AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 08:37:31

<b>Código da operação:</b>	00110575
<b>Chave de segurança:</b>	67CAYE21S9UK8KHX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00038881260-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PILLAR MARTINS SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	342.772.108-64
<b>Valor:</b>	R\$ 702,53
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PILLAR SILVA AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 08:48:13

<b>Código da operação:</b>	00111391
<b>Chave de segurança:</b>	6NXUVFA43GNUQYVC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00056435148-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	EDNA SANTOS DE OLIVEIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	280.463.138-90
<b>Valor:</b>	R\$ 643,65
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG EDNA OLIVEIRA AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 08:49:31

<b>Código da operação:</b>	00111646
<b>Chave de segurança:</b>	EA1S43NN3C1VP4FR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00048161728-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CAMILA LEMES DA SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	444.760.078-13
<b>Valor:</b>	R\$ 1.923,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG CAMILA SILVA AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 08:51:23

<b>Código da operação:</b>	00111764
<b>Chave de segurança:</b>	LSMT7QNRL0HQ5UWY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7941 / 00000014223-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ALESSANDRO DOS SANTOS CASTILHO
<b>CPF/CNPJ:</b>	444.701.748-23
<b>Valor:</b>	R\$ 825,16
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ALESSANDRO CASTIL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:24:23

<b>Código da operação:</b>	00115525
<b>Chave de segurança:</b>	62Y4E9J45STK78YL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00001172919-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LAIS MEDEIROS GUERRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	345.484.588-24
<b>Valor:</b>	R\$ 1.923,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LAIS GUERRA TP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:35:34

<b>Código da operação:</b>	00117029
<b>Chave de segurança:</b>	LALQWCFHF65LNCML

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0721 / 00000012200-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PAULO SERGIO DE SOUSA MACHADO
<b>CPF/CNPJ:</b>	377.147.958-40
<b>Valor:</b>	R\$ 836,98
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PAULO MACHADO TP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:38:51

<b>Código da operação:</b>	00117425
<b>Chave de segurança:</b>	0S8CHWUC4PRYXU2G

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3310 / 00001088960-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	KARINE AZARIAS SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	075.966.286-05
<b>Valor:</b>	R\$ 4.168,03
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG KARINE SILVA TP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:41:10

<b>Código da operação:</b>	00117651
<b>Chave de segurança:</b>	09KV4M05GS5K9PH5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2021 / 00001023677-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	DANIELA DIAS MOREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	320.089.828-31
<b>Valor:</b>	R\$ 3.611,11
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG DANIELA MOREIRA T
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:42:24

<b>Código da operação:</b>	00117821
<b>Chave de segurança:</b>	QXMEKGC33UC2CYG5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6958 / 00000016675-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JULIANA APARECIDA DE SOUZA
<b>CPF/CNPJ:</b>	343.626.778-36
<b>Valor:</b>	R\$ 799,04
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG JULIANA SOUZA TP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:43:45

<b>Código da operação:</b>	00117994
<b>Chave de segurança:</b>	72XXUZUQM5PU5SE2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00019420570-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JAIANE DE ALMEIDA SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	471.859.388-30
<b>Valor:</b>	R\$ 326,24
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG JAIANE SILVA AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 09:58:58

<b>Código da operação:</b>	00120189
<b>Chave de segurança:</b>	VF6YMLGWZMELJQG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00061669830-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	NATHAN ALARCOR MUNOZ SOUZA
<b>CPF/CNPJ:</b>	387.760.038-76
<b>Valor:</b>	R\$ 3.127,17
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG NATHAN SOUZA AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:00:41

<b>Código da operação:</b>	00120432
<b>Chave de segurança:</b>	73EW3YGUS599L5SN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00058230430-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARIA EDUARDA BASSO MONTEIRO
<b>CPF/CNPJ:</b>	423.523.428-56
<b>Valor:</b>	R\$ 1.541,51
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARIA E MONTEIRO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:02:10

<b>Código da operação:</b>	00120615
<b>Chave de segurança:</b>	V6JJ1NCGFK9LWVYH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00047417365-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	BRUNO DOS SANTOS BEZERRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	424.301.828-66
<b>Valor:</b>	R\$ 2.455,52
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG BRUNO BEZERRA AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:04:10

<b>Código da operação:</b>	00120891
<b>Chave de segurança:</b>	54JFJU0KYS000J9W

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00079830369-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	BRUNA EVELYN DA SILVA GODOY
<b>CPF/CNPJ:</b>	494.272.748-08
<b>Valor:</b>	R\$ 786,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG BRUNA GODOY AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:05:13

<b>Código da operação:</b>	00121108
<b>Chave de segurança:</b>	6EVXVG162TG2WREM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2696 / 00000006894-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PATRICIA DE LIMA ALVES
<b>CPF/CNPJ:</b>	312.944.738-59
<b>Valor:</b>	R\$ 433,61
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PATRICIA ALVES AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:06:47

<b>Código da operação:</b>	00121418
<b>Chave de segurança:</b>	G0MQ9GTHHZ9FV4SM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0738 / 00000013610-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	NIVIA MARIA NUNES RACHID
<b>CPF/CNPJ:</b>	722.952.602-72
<b>Valor:</b>	R\$ 1.113,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG NIVIA RACHID AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:09:02

<b>Código da operação:</b>	00121693
<b>Chave de segurança:</b>	93QT74V4SGUXGT4C

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6015 / 00000011756-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARIA MADALENA DA SILVA ALVES
<b>CPF/CNPJ:</b>	201.956.178-60
<b>Valor:</b>	R\$ 1.113,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARIA ALVES AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:10:26

<b>Código da operação:</b>	00121882
<b>Chave de segurança:</b>	N7W7CEUX4U7QSKJQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7770 / 00000051260-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LARISSA GRACIANO SOARES
<b>CPF/CNPJ:</b>	384.751.138-69
<b>Valor:</b>	R\$ 1.541,51
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LARISSA SOARES AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:11:37

<b>Código da operação:</b>	00122063
<b>Chave de segurança:</b>	47ANJ6VV0FRMXL28

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2721 / 00000019349-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ITAMAR LUCIANO MARTINS DA COSTA
<b>CPF/CNPJ:</b>	260.152.678-52
<b>Valor:</b>	R\$ 731,96
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ITAMAR COSTA AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:12:59

<b>Código da operação:</b>	00122249
<b>Chave de segurança:</b>	CV86M01721Q6288K

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6418 / 00000041058-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	THAIS FELICIANO EUFRASIO
<b>CPF/CNPJ:</b>	440.011.888-64
<b>Valor:</b>	R\$ 1.224,22
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG THAIS EUFRASIO AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:17:40

<b>Código da operação:</b>	00122890
<b>Chave de segurança:</b>	XF58XAP45U45EAGH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8894 / 00000024064-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	FELIPE OLIVER HENRIQUES
<b>CPF/CNPJ:</b>	428.296.998-90
<b>Valor:</b>	R\$ 2.455,52
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG FELIPE HENRIQUES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 10:18:54

<b>Código da operação:</b>	00123088
<b>Chave de segurança:</b>	QFYA2SR6WEPEP2T3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00007351494-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	GISELE DA COSTA NASCIMENTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	292.783.348-63
<b>Valor:</b>	R\$ 2.192,24
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GISELE NASCIMENTO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 11:40:17

<b>Código da operação:</b>	00136066
<b>Chave de segurança:</b>	J7U6QNN8Z3RXNSA0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00013189922-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	VIVIANE CRISTINA DO NASCIMENTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	219.801.618-44
<b>Valor:</b>	R\$ 2.299,04
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG VIVIANE NASCIMENT
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 11:43:48

<b>Código da operação:</b>	00136550
<b>Chave de segurança:</b>	KPE9WMTESPTC7N82

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00036748131-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PATRICIA MARIA RANGEL
<b>CPF/CNPJ:</b>	225.563.578-00
<b>Valor:</b>	R\$ 2.877,23
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PATRICIA RANGEL S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 11:45:22

<b>Código da operação:</b>	00136684
<b>Chave de segurança:</b>	5S42Z0P9A6ATHLQV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00042700461-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LUANA MARIA AMERICO
<b>CPF/CNPJ:</b>	406.162.328-10
<b>Valor:</b>	R\$ 2.431,99
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LUANA AMERICO ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 11:46:23

<b>Código da operação:</b>	00136888
<b>Chave de segurança:</b>	QXMLWVAJKTGSF9ZM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00014204440-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CLAUDIA PRISCILA FONSECA CARNEIRO
<b>CPF/CNPJ:</b>	319.908.188-62
<b>Valor:</b>	R\$ 4.551,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG CLAUDIA CARNEIRO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 11:54:37

<b>Código da operação:</b>	00137866
<b>Chave de segurança:</b>	AVGWE8G50HQXHY3V

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6012 / 00000009377-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	RAQUEL SILVEIRA DE SOUZA
<b>CPF/CNPJ:</b>	480.788.538-31
<b>Valor:</b>	R\$ 3.027,57
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG RAQUEL SOUZA ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:00:23

<b>Código da operação:</b>	00138826
<b>Chave de segurança:</b>	KC67XYHTU3PXQ0ZX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2858 / 00000400783-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	POLIANA APARECIDA RIBEIRO DA SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	391.967.108-29
<b>Valor:</b>	R\$ 2.192,24
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG POLIANA SILVA ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:01:57

<b>Código da operação:</b>	00138969
<b>Chave de segurança:</b>	KF46FMEUHLFPKJ4

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2911 / 00000029981-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA
<b>CPF/CNPJ:</b>	403.995.688-59
<b>Valor:</b>	R\$ 2.302,67
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PAMELA DE PAULA S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:04:44

<b>Código da operação:</b>	00139387
<b>Chave de segurança:</b>	W38NYEVMTE6XEMKG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6015 / 00000008763-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	EVERTON HENRIQUE AMERICO
<b>CPF/CNPJ:</b>	226.150.388-18
<b>Valor:</b>	R\$ 559,85
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG EVERTON AMERICO S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:07:01

<b>Código da operação:</b>	00139669
<b>Chave de segurança:</b>	JPUCTET718LANLSU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0804 / 00001000866-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	TERESA DE FATIMA PAULA CAMPOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	098.477.328-25
<b>Valor:</b>	R\$ 1.024,94
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG TERESA CAMPOS ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:11:29

<b>Código da operação:</b>	00140325
<b>Chave de segurança:</b>	EALVZV3RQPYYVN23

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3983 / 00001084086-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LUANA APARECIDA DE OLIVEIRA PINTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	027.804.085-37
<b>Valor:</b>	R\$ 3.625,95
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LUANA PINTO ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:14:01

<b>Código da operação:</b>	00140596
<b>Chave de segurança:</b>	53ETCXXZ9C2JE84S

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2021 / 00001041689-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ANA CAROLINA QUIRINO DA SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	350.165.478-23
<b>Valor:</b>	R\$ 2.200,27
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ANA CAROLINA SILV
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:15:23

<b>Código da operação:</b>	00140723
<b>Chave de segurança:</b>	877M7A5YT18CAQMK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6869 / 00000021638-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JENNIFER KAREN DA SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	404.339.818-22
<b>Valor:</b>	R\$ 1.383,89
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG JENNIFER SILVA ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 12:17:00

<b>Código da operação:</b>	00140927
<b>Chave de segurança:</b>	YZGQR1SXQTY9PFX1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5703 / 00000014820-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ANGELA APARECIDA CUSTODIO
<b>CPF/CNPJ:</b>	098.533.628-56
<b>Valor:</b>	R\$ 2.401,22
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ANGELA CUSTODIO U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:08:21

<b>Código da operação:</b>	00153101
<b>Chave de segurança:</b>	89TXWQCCVZST3UG5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3574 / 00000029874-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	BRIANDA NUNES DE LIMA
<b>CPF/CNPJ:</b>	711.558.211-49
<b>Valor:</b>	R\$ 3.358,56
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG BRIANCA LIMA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:09:18

<b>Código da operação:</b>	00153229
<b>Chave de segurança:</b>	HTEUT8NP7ULWZ28X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7027 / 00000190210-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	EDSON DE PAULA SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	218.594.848-24
<b>Valor:</b>	R\$ 3.189,13
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG EDSON SILVA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:16:50

<b>Código da operação:</b>	00154329
<b>Chave de segurança:</b>	KWK92G1PFFKM1402

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0715 / 00000063215-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JOSE RICARDO DE OLIVEIRA ABREU
<b>CPF/CNPJ:</b>	319.991.008-40
<b>Valor:</b>	R\$ 5.733,30
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG JOSE RICARDO UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:18:43

<b>Código da operação:</b>	00154565
<b>Chave de segurança:</b>	ETAY21W39WSERYUL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1668 / 00000038507-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LEANDRO ICARO SANTOS DANTAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	090.772.144-37
<b>Valor:</b>	R\$ 4.160,69
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LEANDRO DANTAS UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:19:29

<b>Código da operação:</b>	00154688
<b>Chave de segurança:</b>	0R8HT1GZ8587K30X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0804 / 00001011406-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CARLA ANDREIA GUIMARAES MENDES SAIS
<b>CPF/CNPJ:</b>	321.347.438-08
<b>Valor:</b>	R\$ 2.681,69
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG CARLA SAIS UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:21:14

<b>Código da operação:</b>	00154906
<b>Chave de segurança:</b>	YRT8TZH8GY3AN2EM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3733 / 00001053859-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CINTIA GRAZIELLE PINHEIRO DE LIMA
<b>CPF/CNPJ:</b>	226.771.598-80
<b>Valor:</b>	R\$ 1.954,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG CINTIA DE LIMA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:22:24

<b>Código da operação:</b>	00155036
<b>Chave de segurança:</b>	HC4ZYFHKEV9Q5117

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3297 / 00001085295-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CRISTIANE ALVES DE CAMPOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	192.900.868-66
<b>Valor:</b>	R\$ 3.970,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG CRISTIANE CAMPOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:23:30

<b>Código da operação:</b>	00155196
<b>Chave de segurança:</b>	1C0ZJAJJ0F9X3RGP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0093 / 00060049794-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	DENIS RODRIGUES PINTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	330.650.608-76
<b>Valor:</b>	R\$ 414,34
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG DENIS PINTO UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:24:40

<b>Código da operação:</b>	00155353
<b>Chave de segurança:</b>	37222A2FXHKFKNKU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2176 / 00001013686-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	EDNALVA ALMEIDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	803.421.913-49
<b>Valor:</b>	R\$ 2.745,45
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG EDNALVA ALMEIDA U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:25:28

<b>Código da operação:</b>	00155496
<b>Chave de segurança:</b>	JZQXY2FAMQVXSA5U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4425 / 00001033077-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	GISLAINE VAZ ROCHA
<b>CPF/CNPJ:</b>	417.265.568-83
<b>Valor:</b>	R\$ 3.969,11
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GISLAINE ROCHA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:26:23

<b>Código da operação:</b>	00155617
<b>Chave de segurança:</b>	VZUJ6MMLH7SSXACK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3310 / 00002010966-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	HELENA MARIA SANTOS DE OLIVEIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	299.161.318-13
<b>Valor:</b>	R\$ 1.917,84
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG HELENA OLIVEIRA U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:27:19

<b>Código da operação:</b>	00155743
<b>Chave de segurança:</b>	T0FWFY9506407E5F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0804 / 00001009753-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JANAINA APARECIDA DE OLIVEIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	415.764.758-08
<b>Valor:</b>	R\$ 1.981,54
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG JANAINA OLIVEIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:43:10

<b>Código da operação:</b>	00158170
<b>Chave de segurança:</b>	VYU3YNAURYTEK5WS

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2021 / 00001035629-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARIA EUNICE DA SILVA CABRAL
<b>CPF/CNPJ:</b>	520.477.339-87
<b>Valor:</b>	R\$ 2.649,40
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARIA EUNICE UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:44:11

<b>Código da operação:</b>	00158321
<b>Chave de segurança:</b>	76CNH7RKUPZFG412

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3310 / 00002011504-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARIA REGINA ROSA CHAGAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	072.408.328-64
<b>Valor:</b>	R\$ 1.509,91
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARIA R CHAGAS UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:45:17

<b>Código da operação:</b>	00158648
<b>Chave de segurança:</b>	SKPX59XT9KUML3WF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3733 / 00001067877-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	RAYRAN VIEIRA DA CONCEICAO
<b>CPF/CNPJ:</b>	605.914.643-06
<b>Valor:</b>	R\$ 1.599,63
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG RAYRAN CONCEICAO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:46:10

<b>Código da operação:</b>	00158772
<b>Chave de segurança:</b>	NARZ5SPE2XXG6Z4G

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2021 / 00001030479-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	VALDIRENE COSTA RAMOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	352.895.618-62
<b>Valor:</b>	R\$ 1.954,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG VALDIRENE RAMOS U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:47:06

<b>Código da operação:</b>	00158898
<b>Chave de segurança:</b>	2AQ1TWYERVSEN6W3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3983 / 00001086574-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	WHITNEI FELICIANO DOS SANTOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	359.393.648-88
<b>Valor:</b>	R\$ 1.973,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG WHITNEI SANTOS UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 14:47:59

<b>Código da operação:</b>	00159040
<b>Chave de segurança:</b>	6JM9NN1FUGPH6NR9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0 104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3790 / 00000006619-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	AMANDA LOPES DA ROSA
<b>CPF/CNPJ:</b>	469.923.388-03
<b>Valor:</b>	R\$ 2.841,39
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG AMANDA ROSA ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 15:37:06

<b>Código da operação:</b>	00166345
<b>Chave de segurança:</b>	70SWJSZ2A6JV8XTQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0721 / 00000046832-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LEONARDO FERNANDO SOARES
<b>CPF/CNPJ:</b>	443.433.398-40
<b>Valor:</b>	R\$ 654,23
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LEONARDO SOARES S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 15:38:53

<b>Código da operação:</b>	00166584
<b>Chave de segurança:</b>	CM899431VA89Z72Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0721 / 00000010524-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PEDRO HENRIQUE PEREIRA QUIRINO
<b>CPF/CNPJ:</b>	421.899.908-23
<b>Valor:</b>	R\$ 2.367,22
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PEDRO QUIRINO ST
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 15:42:44

<b>Código da operação:</b>	00167040
<b>Chave de segurança:</b>	CJFK4S6PSXZHPKSM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3310 / 00001081269-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	SAMANTA HELENA REIS DE CARVALHO
<b>CPF/CNPJ:</b>	340.057.448-18
<b>Valor:</b>	R\$ 769,65
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG SAMANTA CARVALHO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 16:15:17

<b>Código da operação:</b>	00171704
<b>Chave de segurança:</b>	4H5PLQ419U20W221

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0023 / 00002018788-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	GABRIELE FERNANDA PIRES GALVAO
<b>CPF/CNPJ:</b>	323.670.148-09
<b>Valor:</b>	R\$ 687,01
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GABRIELE GALVAO A
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 16:16:20

<b>Código da operação:</b>	00171825
<b>Chave de segurança:</b>	GYA8EELQHNQ5NAC9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00047559971-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MILENA AKEMI CARVALHEIRA KIKUCHI
<b>CPF/CNPJ:</b>	474.780.198-70
<b>Valor:</b>	R\$ 864,61
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MILENA KUKICHI TP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 16:23:47

<b>Código da operação:</b>	00173105
<b>Chave de segurança:</b>	UT1QS9XSAZW78QHV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 214</b>					
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA AFONSO GALVÃO 114 - CASA		JARDIM SÃO JORGE							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSÉ DOS CAMPOS		SP		12.221-500		29598/185-SP		281.306.208-12	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
29/10/1978		IZALTINA DE REZENDE FERNANDES							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 3.336,75		17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 17/dias salário (líquido de 11/faltas e DSR)	R\$ 971,82	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 218,94	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 324,26
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 54,04	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercícios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 04/12 avos	R\$ 842,09
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 17/08/2021 à 16/08/2022	R\$ 3.220,89	68 Terço constitucional de férias	R\$ 1.354,33	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 6.986,37</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
00 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 01/30 dias	R\$ 106,04	106 Vale transporte	R\$ 113,13	112.1 Previdência social	R\$ 123,03
12.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00
15 Vale transporte não utilizado	R\$ 61,20				
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 403,40</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 6.582,97</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do José de Camargo nº 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS	SP	12.212-500	8660700						

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 214</b>					
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA AFONSO GALVÃO 114 - CASA		JARDIM SÃO JORGE							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSÉ DOS CAMPOS	SP	12.221-500	29598/185-SP					281.306.208-12	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
29/10/1978		IZALTINA DE REZENDE FERNANDES							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 3.336,75		17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 17/dias salário (líquido de 11/faltas e DSR)	R\$ 971,82	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 218,94	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 324,26
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 54,04	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercícios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 04/12 avos	R\$ 842,09
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 17/08/2021 à 16/08/2022	R\$ 3.220,89	68 Terço constitucional de férias	R\$ 1.354,33	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 6.986,37</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
00 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 01/30 dias	R\$ 106,04	106 Vale transporte	R\$ 113,13	112.1 Previdência social	R\$ 123,03
12.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00
15 Vale transporte não utilizado	R\$ 61,20				
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 403,40</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 6.582,97</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do José de Camargo nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES			<b>Código: 214</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978	IZALTINA DE REZENDE FERNANDES
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
SJ1					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 214</b>			
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES					
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978		IZALTINA DE REZENDE FERNANDES	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022		SJ1			<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador	1 - Empregado							

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome				
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES		<b>Código: 214</b>			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978		IZALTINA DE REZENDE FERNANDES	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022		SJ1			<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador	<b>1 - Empregado</b>							

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

\_\_\_\_\_  
151 Assinatura do Trabalhador

\_\_\_\_\_  
152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES			<b>Código: 214</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978	IZALTINA DE REZENDE FERNANDES
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
SJ1					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES			<b>Código: 214</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978	20
					Nome da Mãe
					IZALTINA DE REZENDE FERNANDES
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022	27
					Cód. Afast.
					SJ1
					29
					Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32			
000.914.021.00088-4		CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP					

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0010-53 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**126.55598.25-5 EVERSON FERNANDES Código: 214**

17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**29598/185-SP 281.306.208-12 29/10/1978 IZALTINA DE REZENDE FERNANDES**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Rescisão contratual a pedido do empregado**

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**17/08/2020 01/12/2022 29/12/2022 SJ1 0,00**

30 Categoria do Trabalhador

**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**000.914.021.00088-4 47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES			<b>Código: 214</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978	IZALTINA DE REZENDE FERNANDES
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022	
				27	Cód. Afast.
				SJ1	
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP			

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
126.55598.25-5		EVERSON FERNANDES			<b>Código: 214</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
29598/185-SP		281.306.208-12		29/10/1978	IZALTINA DE REZENDE FERNANDES
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
17/08/2020		01/12/2022		29/12/2022	
				27	Cód. Afast.
				SJ1	
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP			

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 6.582,97 (Seis mil, quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e sete centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7427 / 00000001521-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	EVERSON FERNANDES
<b>CPF/CNPJ:</b>	281.306.208-12
<b>Valor:</b>	R\$ 6.582,97
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	RESC EVERSON FERNAND
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	06/01/2023 16:31:38

<b>Código da operação:</b>	00173996
<b>Chave de segurança:</b>	FA84F8EUA7NCSHJ5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4091 / 001 / 00029551-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANELICE RAMALHO DOS SANTOS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 865,05

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:06:27

**Código da operação:** 060906

**Chave de segurança:** CAWVQV6EJ16NRHTC

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0197 / 1288 / 000766711759-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** PATRICIA NOE DOS REIS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 6.330,28

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:07:57

**Código da operação:** 060907

**Chave de segurança:** T8GS23U8QE135LE3

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000761813748-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ONDINA FERREIRA DOS S BARUTI  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 919,04

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:10:45

**Código da operação:** 060910  
**Chave de segurança:** ZYRG7J25PZA9TXLF

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1882 / 1288 / 000779656543-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MILTON DE PAULA S JUNIOR  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.057,75

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:11:45

**Código da operação:** 060911  
**Chave de segurança:** 8TQP4UHAVFS9ETT5

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4091 / 001 / 00034336-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** EMILY THAINA GARCIA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 344,46

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:17:32

**Código da operação:** 060917

**Chave de segurança:** 7XU4WV10JSYMC3EZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4091 / 1288 / 000753846682-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** THELMA CARLA VIEIRA HONORATO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 323,81

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:44:44

**Código da operação:** 060944  
**Chave de segurança:** QCC7PLYWSH75MP11

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000762258478-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARIA LUCILENE DE BARROS ANDRADE  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.948,34

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:47:19

**Código da operação:** 060947  
**Chave de segurança:** 9RN30Y7A4V562AF8

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2902 / 1288 / 000858336861-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LUCICLEIDE PEREIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.010,21

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:49:36

**Código da operação:** 060949  
**Chave de segurança:** 8LX7EXS01TAAYY6M

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2935 / 1288 / 000752213959-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FATIMA APARECIDA DOS SANTOS SILV  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.196,52

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:52:05

**Código da operação:** 060952  
**Chave de segurança:** AVUY1R3GK1ZL4VWR

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4847 / 1288 / 000751231742-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANDREIA SILVA VIEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.270,28

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 09:54:04

**Código da operação:** 060954  
**Chave de segurança:** HNYKNWKU8ZM51LSL

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0798 / 1288 / 000761078095-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** RUANA LUCIA VALERIO DE SOUZA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.255,92

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 10:21:18

**Código da operação:** 061021  
**Chave de segurança:** 712MS0N40WVN1JKX

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000828937517-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JOSAINÉ DE OLIVEIRA JACINTO CUNH  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 5.024,69

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 10:22:43

**Código da operação:** 061022  
**Chave de segurança:** 78PG9XT0REUUKUYA

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4847 / 1288 / 000755004205-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIR  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.879,98

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 10:23:36

**Código da operação:** 061023  
**Chave de segurança:** U459220YGW028NRW

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4068 / 1288 / 000756395906-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ABNER DE SOUZA LIMA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.688,40

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 12:39:24

**Código da operação:** 061239  
**Chave de segurança:** 4KEPXC8Y8CS9GX6M

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2192 / 1288 / 000802908227-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ADALGISA PATRICIA DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 647,55

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 12:40:51

**Código da operação:** 061240  
**Chave de segurança:** M275E0HX0C5NKRAN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000761369426-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ADRIANA A M SILVA BRITO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 843,93

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 12:41:52

**Código da operação:** 061241  
**Chave de segurança:** GM91P5UU97GT9W41

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3880 / 1288 / 000888622956-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ADRIANA DOS SANTOS PRADO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.584,39

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 12:43:33

**Código da operação:** 061243  
**Chave de segurança:** 0QAT3EQ9PRL6AUZR

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2757 / 003 / 00001115-7

**Devolução de Emprestimo Administrativo**

**Nome destinatário:** INCS - INST NAC CIENCIAS SAUDE

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 130.305,77

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:20:25

**Código da operação:** 061320

**Chave de segurança:** KP7W2EQHE43ZCVPX

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000761166742-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ADRIANA PEREIRA DUTRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.845,32

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:27:07

**Código da operação:** 061327  
**Chave de segurança:** 84YNRFZRL7G6959P

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4847 / 1288 / 000855652133-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ADRIANO DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.075,61

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:29:06

**Código da operação:** 061329  
**Chave de segurança:** 5Y4NW6ZAR4GJK852

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000760481345-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ALESSANDRA APARECIDA TEODORO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.954,60

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:41:29

**Código da operação:** 061341  
**Chave de segurança:** 6P7LEUVSSHFYX39P

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2935 / 1288 / 000754726716-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ALICE M DE SOUZA ALMEIDA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.567,40

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:42:14

**Código da operação:** 061342  
**Chave de segurança:** ZKFX886AEKNWFXJZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1017 / 1288 / 000760129692-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANA ALICE RODRIGUES MUNARIN  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.358,56

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:43:44

**Código da operação:** 061343  
**Chave de segurança:** MGFVSG24X790AERT

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE Dom Rubi Refeições Coletivas Ltda OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.000.589
		SÉRIE: 4

 <b>Dom Rubi Refeições Coletivas Ltda</b>  Rua Professor Everardo Miranda Passos, 43 - - Vila Rubi, Sao Jose dos Campos, SP - CEP: 12245604 - Fone/Fax: 39132056	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> <b>Nº 000.000.589</b> <b>SÉRIE: 4</b> <b>Página 1 de 1</b>	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>3523 0116 5806 4000 0158 5500 4000 0005 8910 0097 0907</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>645383066115</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF <b>16.580.640/0001-58</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CNPJ/CPF <b>09.268.215/0010-53</b>	DATA DA EMISSÃO <b>02/01/2023</b>
ENDEREÇO <b>R ALZIRIO LEBRAO, 76 -</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>ALTO DA PONTE</b>	CEP <b>12212-500</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
MUNICÍPIO <b>Sao Jose dos Campos</b>	FONE/FAX <b>01530152779</b>	UF <b>SP</b>	HORA DE ENTRADA/SAÍDA

<b>FATURA</b>

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
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	75.721,53	
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	75.721,53

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

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VL.R. UNIT.	VL.R. TOTAL	BC ICMS	VL.R. ICMS	VL.R. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
04	Café da manhã	21069090	090	5101	un	1.860,0000	4,0300	7.495,80	0,00	0,00		0,00	
10	Garrafa de café	21069090	090	5101	un	589,0000	6,3300	3.728,37	0,00	0,00		0,00	
02	Refeições	21069090	090	5101	un	1.674,0000	17,1400	28.692,36	0,00	0,00		0,00	
14	Sopa * Servido para pacientes *	21069090	090	5101	un	558,0000	17,1400	9.564,12	0,00	0,00		0,00	
06	Lanche da tarde	21069090	090	5101	un	620,0000	6,3300	3.924,60	0,00	0,00		0,00	
02	Refeições	21069090	090	5101	un	1.302,0000	17,1400	22.316,28	0,00	0,00		0,00	

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Fornecimento de refeições no mês de Dezembro/22 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de gestão nº 163/2017 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias d a Saude e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Ve ncimento: 08/08/22. ICMS recolhido nos termos do DECRETO 51 .597/2007. Este documento não ransfere crédito do ICMS.	RESERVADO AO FISCO

**CNPJ: 16.580.640/0001-58****UF: SP****Representação Gráfica de CC-e**  
(Carta de Correção Eletrônica)

ID do Evento: 1101103523011658064000015855004000000589100097090701

Criado em : 04/01/2023 18:07:28

Prococolo: 135230017237708 - Registrado na SEFAZ em: 04/01/2023 18:08:07

De acordo com as determinações legais vigentes, vimos por meio desta comunicar-lhe que a Nota Fiscal, abaixo referenciada, contém irregularidades que estão destacadas e suas respectivas correções, solicitamos que sejam aplicadas essas correções ao executar seus lançamentos fiscais.

**CNPJ do Destinatário: 09.268.215/0010-53****Nota Fiscal: 000.000.589 - Série: 004**

3523 0116 5806 4000 0158 5500 4000 0005 8910 0097 0907

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

**CORREÇÕES A SEREM CONSIDERADAS**

**Campo de observações correto: Fornecimento de refeições no mês de Dezembro/22 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de gestão nº 559/2022 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Vencimento: 08/01/23. ICMS recolhido nos termos do DECRETO 51.597/2007. Este documento não ransfere crédito do ICMS.**

Este documento é uma representação gráfica da CC-e e foi impresso apenas para sua informação e não possui validade fiscal.  
A CC-e deve ser recebida e mantida em arquivo eletrônico XML e pode ser consultada através dos Portais das SEFAZ.

Data	Café da manhã	Garrafas de café	Almoço	Sopa	Lanche	Jantar	TOTAL
	R\$ 4.03	R\$ 6.33	R\$ 17.14	R\$ 17.14	R\$ 6.33	R\$ 17.14	
12/1/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/2/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/3/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/4/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/5/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/6/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/7/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/8/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/9/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/10/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/11/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/12/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/13/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/14/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/15/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/16/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/17/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/18/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/19/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/20/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/21/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/22/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/23/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/24/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/25/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/26/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/27/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/28/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/29/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/30/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
12/31/2022	60	19	54	18	20	42	R\$ 2,442.63
<b>Total undades</b>	<b>1,860</b>	<b>589</b>	<b>1,674</b>	<b>558</b>	<b>620</b>	<b>1,302</b>	<b>6,603</b>
<b>Valor total</b>	<b>R\$ 7,495.80</b>	<b>R\$ 3,728.37</b>	<b>R\$ 28,692.36</b>	<b>R\$ 9,564.12</b>	<b>R\$ 3,924.60</b>	<b>R\$ 22,316.28</b>	<b>R\$ 75,721.53</b>



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 1400 / 003 / 00002303-7

**Nome destinatário:** DOM RUBI REFE COLETIVAS LTDA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 75.721,53

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:46:51

**Código da operação:** 061346

**Chave de segurança:** UAHS29H3PV11SZSP

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1388 / 1288 / 000792829436-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANA CLAUDIA F. B. MENDES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.473,69

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:49:25

**Código da operação:** 061349  
**Chave de segurança:** LLTJHZ8HX5VKH7L1

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4068 / 001 / 00020964-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA PRIANTI

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.665,86

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:50:22

**Código da operação:** 061350

**Chave de segurança:** QJRSW793EACV8LXX

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000752807483-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** BEATRIZ GOMES OLIVEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.109,19

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:51:49

**Código da operação:** 061351  
**Chave de segurança:** R31HC2H960R06L4H

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4091 / 1288 / 000753845507-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** BEATRIZ DE CASSIA S FERNANDES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.479,79

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:51:05

**Código da operação:** 061351  
**Chave de segurança:** 64RQFFUGU7V2FRLL

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4068 / 1288 / 000751364901-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** CARLOS ROBERTO PINTO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.076,93

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:52:36

**Código da operação:** 061352  
**Chave de segurança:** HCKG3GF18MQAV52W

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 1778 / 001 / 00021442-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** CARLOS RODRIGO SELLA DOS SANTOS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.898,25

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:53:28

**Código da operação:** 061353

**Chave de segurança:** YW4UAFZLXPC8X0ST

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000754063694-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** CLAUDINEIA A BARBOSA HERCULANO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 5.164,34

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:54:15

**Código da operação:** 061354  
**Chave de segurança:** MGTMZ3ZXV1SQ1A79

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1768 / 1288 / 000754876933-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** CRISTINA MARA DA CUNHA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.202,16

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:55:08

**Código da operação:** 061355  
**Chave de segurança:** 95C0WYAN8EU8K586

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000756583934-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** DAIANE SILVA PEREIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.945,28

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:55:44

**Código da operação:** 061355  
**Chave de segurança:** W4WQ4192L4QP1UZL

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000783425321-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** DANIEL DOS SANTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.405,50

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 13:57:02

**Código da operação:** 061357  
**Chave de segurança:** MJ266RY3RE1QLGT5

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2143 / 1288 / 000757339987-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** WILLIAN RAMOS PAULINO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.104,26

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 14:02:07

**Código da operação:** 061402  
**Chave de segurança:** V06CU0CL9PY3WKZY

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000753435831-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ALEXANDRA ROBERTA HONORIO OSSES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.338,73

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 14:49:01

**Código da operação:** 061449  
**Chave de segurança:** GR85JYGA4GP2VRJJ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0642 / 001 / 00035801-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FLAVIA CALIANO DA COSTA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 4.274,74

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 14:50:23

**Código da operação:** 061450

**Chave de segurança:** 5J2MNX9MXCX6HP5

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000758948267-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JORGE LUIZ DE OLIVEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.640,34

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 14:51:03

**Código da operação:** 061451  
**Chave de segurança:** 8S70S6UWNV0CK5EY

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2741 / 001 / 00025002-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LIDIANE OLIVEIRA DA MOTTA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 418,71

**Data de débito:** 06/01/2023

**Data/hora da operação:** 06/01/2023 15:16:26

**Código da operação:** 061516

**Chave de segurança:** FPA9MH5F60JE7N5R

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000755323156-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MIRIAM LUANA COSTA DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 538,00

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 15:17:07

**Código da operação:** 061517  
**Chave de segurança:** KXL4N2AURAV9M129

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1634 / 1288 / 000753013198-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ROSEMARY DA SILVA ALVES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.383,89

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 15:18:34

**Código da operação:** 061518  
**Chave de segurança:** 8E5CGS5MZ5T0T5FM

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000755324349-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** TAMISSA APARECIDA TRIGUEIRO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.480,29

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 15:19:23

**Código da operação:** 061519  
**Chave de segurança:** L9S6N49TFLLVRJNE

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000758951117-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JOSELITA MARIA FERREIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 731,97

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 16:17:10

**Código da operação:** 061617  
**Chave de segurança:** LZPQZQT8H15TWH2H

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1634 / 1288 / 000752384553-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JULIO ANTONIO SETANI  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 769,65

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 16:17:54

**Código da operação:** 061617  
**Chave de segurança:** 9VT91PE6EGCRHLC0

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000760038071-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LILIAN EPIFANIO DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 731,97

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 16:18:38

**Código da operação:** 061618  
**Chave de segurança:** S9L247TLFF72M72M

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

INCS – ALTO DA PONTE

**Relação para Depósito a Pensionistas**

Mês/Ano: 12/2022

**Funcionário:** 00283 - MATHEUS NAYRE BASTOS

**Valor Pensao Salario: R\$:473,04**

JANAINA DOS SANTOS VANELLI –  
CPF: 426.163.418-08

104 – CAIXA - CONTA POUPANÇA -3013- 22549-6



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	3013 / 1288 / 000754694047-9

<b>Nome destinatário:</b>	JANAINA DOS SANTOS VANELLI
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 473,04

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	06/01/2023 16:28:17

<b>Código da operação:</b>	061628
<b>Chave de segurança:</b>	CRP3EV3RENN8VT6A

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

**INCS INSTITUTO NAC DE CIENC DA SAUDE  
ALTO DA PONTE**

**Folha de Pagamento - Relação para Depósito a Pensionistas  
Mês/Ano férias : 01-2023**

**Funcionário: 00283 - MATHEUS NAYRE BASTOS  
Valor Pensao: 350,97**

JANAINA DOS SANTOS VANELLI 426.163.418-08  
104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGÊNCIA: 3013 CP: 22549-6

**INCS INSTITUTO NAC DE CIENC DA SAUDE  
ALTO DA PONTE**

**Folha de Pagamento - Relação para Depósito a Pensionistas  
Mês/Ano férias: 02-2023**

**Funcionário: 00283 - MATHEUS NAYRE BASTOS  
Valor Pensao: 118,26**

JANAINA DOS SANTOS VANELLI 426.163.418-08  
104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGÊNCIA: 3013 CP: 22549-6



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	3013 / 1288 / 000754694047-9

<b>Nome destinatário:</b>	JANAINA DOS SANTOS VANELLI
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 469,23

<b>Data de débito:</b>	06/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	06/01/2023 16:29:27

<b>Código da operação:</b>	061629
<b>Chave de segurança:</b>	KGMANFN81U9XQLFL

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4091 / 1288 / 000751332679-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANA CLARA LOPES DOS SANTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 357,93

**Data de débito:** 06/01/2023  
**Data/hora da operação:** 06/01/2023 16:36:00

**Código da operação:** 061636  
**Chave de segurança:** 9HN5G5GAR3ZRUNW7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



Paraisópolis da Grande São Paulo

**Município de Santa Isabel**

Secretaria Municipal de Administração e Finanças

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA - NFE / ISSQN**

Avenida República 530 - Centro - Santa Isabel/SP - 07500-000 - Fone: (11) 4656-8700

Número da NF

00001563

Data e Hora de Emissão

19/12/2022 14:10:04

Código de Verificação

B3AF-D8CEC

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

C.P.F. / C.N.P.J.: 17.544.568/0001-76 I.M.: 21542001769 I.E.: 616.033.274.116  
 Nome / Razão Social: FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANUTENÇÃO EIRELI - ME  
 Endereço: RUA DOUTOR FERNANDO COSTA, 13 - PISO INFERIOR 1 - CENTRO  
 Município: SANTA ISABEL UF: SP CEP: 07500000  
 E-mail:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

C.P.F. / C.N.P.J.: 09.268.215/0024-59 I.M.: I.E.:  
 Nome / Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Endereço: AV RUI BARBOSA, 254 - SANTANA CEP: 12212000  
 Município: SAO JOSE DOS CAMPOS UF: SP E-mail: contato@incs.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS PRESTADOS DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO NO MÊS DE DEZEMBRO/2022 NO PERÍODO DE 01/12/2022 À 31/12/2022 - REFERENTE AO CONTRATO 07/2020 - ENTRE O INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. UBS - SANTANA - AV. RUI BARBOSA, 2445 - SANTANA, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP, 12212-000.

PARCELA REF. BENEFÍCIOS NÃO SUJEITOS A RETENÇÃO PARA A SEGURIDADE SOCIAL CONFORME ART. 124 DA IN RFB N. 971 DE 13/11/2009 R\$1.847,00

RETENÇÃO DE 11% PARA A SEGURIDADE SOCIAL R\$ 1.996,90

DADOS BANCÁRIOS  
 BANCO SICREDI - 748  
 AGENCIA. 0710  
 CONTA CORRENTE. 47256-2

FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MANUTENÇÃO EIRELI - ME

VENCIMENTO: 02/01/2023

Retenções de Impostos  
 INSS: R\$ 1996,90 - ISS: R\$ 600,02

**VALOR TOTAL DA NOTA =R\$ 20.000,63****VALOR LÍQUIDO DA NOTA =R\$ 17.403,71****Código do Serviço**

**7-10 - LIMPEZA, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VIAS E LOGRADOUROS PUBLICOS, IMOVEIS, CHAMINES, PISCINAS, PARQUES, JARDINS E CONGENERES**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	20.000,63	***	Veja observações abaixo

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Empresa optante do Simples Nacional.
- Imposto de Serviço devido no local de Prestação: SAO JOSE DOS CAMPOS/SP
- Base de cálculo de R\$ 20.000,63 e alíquota fornecida pelo prestador de 3,00% - Valor ISSQN R\$ 600,01
- O valor do imposto (ISSQN) foi retido pelo Tomador



748-X

## Recibo do Pagador

Local de Pagamento <b>Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.</b>					Vencimento <b>05/01/2023</b>	
Beneficiário <b>FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA</b>				CNPJ/CPF <b>17544568000176</b>		Agência / Código do Beneficiário <b>0710.80.47256</b>
Data do Documento <b>21/12/2022</b>	Nº do Documento <b>1563</b>	Espécie Doc. <b>DMI</b>	Aceite <b>N</b>	Data de Processamento <b>21/12/2022</b>		Nosso Número / Cód. do Documento <b>22/100045-9</b>
Espécie Moeda <b>REAL</b>		Quantidade Moeda		Valor Moeda		(=) Valor do Documento <b>R\$17.403,71</b>
Instruções					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE E SAUDE - 09268215002459</b> <b>SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12212000</b> <b>AV RUI BARBOSA -</b>						
Beneficiário Final -						Código de Baixa

Recebimento através do cheque Nº:

Do banco:

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.



748-X

74891.12214 00045.907102 80472.561093 4 92210001740371

Local de Pagamento <b>Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.</b>					Vencimento <b>05/01/2023</b>	
Beneficiário <b>FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA</b>				CNPJ/CPF <b>17544568000176</b>		Agência / Código do Beneficiário <b>0710.80.47256</b>
Data do Documento <b>21/12/2022</b>	Nº do Documento <b>1563</b>	Espécie Doc. <b>DMI</b>	Aceite <b>N</b>	Data de Processamento <b>21/12/2022</b>		Nosso Número <b>22/100045-9</b>
Espécie Moeda <b>REAL</b>		Quantidade Moeda		Valor Moeda		(=) Valor do Documento <b>R\$17.403,71</b>
Instruções					(-) Desconto / Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE E SAUDE - 09268215002459</b> <b>SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12212000</b> <b>AV RUI BARBOSA -</b>						
Beneficiário Final -						Código de Baixa

Autenticação Mecânica



FICHA DE COMPENSAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	74891.12214 00045.907102 80472.561093 4 92210001740371
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A
<b>Código do Banco:</b>	748
<b>Código do ISPB:</b>	01181521
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FACILITTA SERVICE LIMPEZA E MA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>17.544.568/0001-76</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIE E SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	05/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	09/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	17.403,71
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	17.403,71
<b>Valor Pago (R\$):</b>	17.403,71

**Identificação do Pagamento:** NF 1563 FACILITTA

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 07:44:24

**Código da operação:** 009188531

**Chave de segurança:** XJK3GGS4CF8XC9HL

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

## NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 45517456 Série 1, emitido em 10/01/2023

Número da Nota

**45507317**

Data e Hora de Emissão

**10/01/2023 07:44:07**

Código de Verificação

**RDYK-VKAW**

20230125u02535864000133

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **02.535.864/0001-33**

Inscrição Municipal: **6.131.480-3**

Nome/Razão Social: **VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESSAMENTO S.A**

Endereço: **AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900**

Município: **São Paulo**

UF: **SP**



### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA**

CPF/CNPJ: **09.268.215/0001-62**

Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **R Emygdia Campolim 131 - Parque Campolim - CEP: 18047-626**

Município: **Sorocaba**

UF: **SP**

E-mail: **amanda.dias@incs.org.br**

### INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----**

Nome/Razão Social: **----**

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Total de Credito VR Alimentação: R\$ 2.388,50 - (10 cartão(ões))

Vencimento em 09/01/2023

Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$0,00 Federal, R\$0,00 Municipal e R\$0,00 pelos serviços

Fonte: IBPT/empresometro.com.br BEA5CD 22.2.G

Valor da corretagem ou comissão: zero

Pedido: 20230106002103 CC: INCS- INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU

PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS.

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00**

**VALOR TOTAL RECEBIDO = R\$ 2.388,50**

INSS (R\$)

IRRF (R\$)

CSLL (R\$)

COFINS (R\$)

PIS/PASEP (R\$)

-

-

-

-

-

Código do Serviço

**03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares**

Valor Total das Deduções (R\$)

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**0,00**

Alíquota (%)

**2,00%**

Valor do ISS (R\$)

**0,00**

Crédito (R\$)

**0,00**

Município da Prestação do Serviço

-

Número Inscrição da Obra

-

Valor Aproximado dos Tributos / Fonte

**17,64% / IBPT**

### OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 45517456 Série 1, emitido em 10/01/2023;



## Relatório de Detalhes do Pedido

**CNPJ:** 09.268.215/0001-62  
**Razão Social:** INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA  
**Pedido:** 20230106002103  
**Data do Pedido:** 6/1/2023 12:20

### Resumo do Pedido

Produto	Data do Crédito	Total do Pedido (R\$)	Descrição	Valor base	Qtde Beneficiári
VR Alimentação	10/1/2023	2.388,50			
			Valor do Benefício (R\$)		10
			Taxa de serviço (% por valor creditado)	0,00	10
<b>Valor Total do Pedido (R\$)</b>		<b>2.388,50</b>			

### Detalhes do Pedido

Nome	Valor do Benefício	Produto	CPF	Matrícula	Cód. Local Entr	Local de Entrega	Cód. Departame
BRUNA EVELYN DA SILVA GODOY	238,85	VR Alimentação	494.272.748-08		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
BRUNO DOS SANTOS BEZERRA	238,85	VR Alimentação	424.301.828-66		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIRA	238,85	VR Alimentação	413.900.458-46		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
FELIPE OLIVER HENRIQUES	238,85	VR Alimentação	428.296.998-90		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
JOSAINÉ DE OLIVEIRA JACINTO CUNHA	238,85	VR Alimentação	007.675.547-95		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
MARIA MADALENA DA SILVA ALVES	238,85	VR Alimentação	201.956.178-60		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
NATHAN ALARCOR MUNOZ SOUZA	238,85	VR Alimentação	387.760.038-76		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
NIVIA MARIA NUNES RACHID	238,85	VR Alimentação	722.952.602-72		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
RUANA LUCIO VALERIO DE SOUZA	238,85	VR Alimentação	474.892.528-06		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50
THAIS FELICIANO EUFRASIO	238,85	VR Alimentação	440.011.888-64		50	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA	50



Qtde Provisórios	Total (R\$)
	2.388,50
	0,00



Departamento	Emissão Cartão	Recebido em	Assinatura
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Não		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Não		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS I	Sim		

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco.</b>					Vencimento 09/01/2023	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b>				CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33		Agência / Código do Beneficiário 0001/16140-5
Data do Documento 06/01/2023	Nº do Documento 20230106002103	Espécie Doc. DV	Acerte N	Data de Processamento 06/01/2023		Nosso Número / Cód. do Documento 110/1102089061-5
Uso do Banco	Carteira 110	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Valor do Documento 2388,50	
Instruções Sr. Caixa: Não receber após 09/01/2023. Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do beneficiário. Sr. Cliente: Este produto é pré-pago e seu pedido será processado e entregue somente após a confirmação do pagamento. Após o dia 09/01/2023 o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto. Produtos: Alimentação					(-) Desconto / Abatimento 0,00	
					(-) Outras Deduções 0,00	
					(+) Mora / Multa 0,00	
					(+) Outros Acréscimos 0,00	
					(-) Valor Cobrado 2388,50	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b> Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900					Código de Baixa 09.268.215/0001-62	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> R Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba / SP						



Autenticação Mecânica

**FICHA DE COMPENSAÇÃO**

**BENEFICIÁRIO :** VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.  
Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900

Nome do Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.		CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33	Data de Vencimento 09/01/2023	Valor Cobrado 2388,50
Agência / Código do Beneficiário 0001/16140-5		Nosso Número 110/1102089061-5		
Autenticação Mecânica				

**Levar facilidades para o dia a dia do trabalhador pela tela do celular**

*É DA NOSSA CONTA.*

**APP VR e VOCÊ**

- Aplicativo gratuito (disponível para iOS e Android)
- Consultas de saldo e extrato
- Desbloqueio do cartão
- VR Pague: para pagamento de delivery por link
- Gráfico de utilização e gastos sugeridos diários
- Recomendações e notificações

**Divulgue na sua empresa mais uma facilidade da VR para o trabalhador.**



Conta comigo



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	61090.00114 10000.000116 10208.906155 1 92250000238850
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO VR S/A
<b>Código do Banco:</b>	610
<b>Código do ISPB:</b>	78626983
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>02.535.864/0001-33</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	02.535.864/0001-33
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INSTITUTONACIONALDECIENCIASDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	09/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	09/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	2.388,50
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.388,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.388,50
<b>Identificação do Pagamento:</b>	VA ALTOS DE SANTANA 12.22

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:26:11

**Código da operação:** 009855905  
**Chave de segurança:** MYZSWG1L5VNGA0U1

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> RPS Nº 45517945 Série 1, emitido em 10/01/2023 20230209u02535864000133	Número da Nota <b>45507804</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>10/01/2023 07:45:15</b> Código de Verificação <b>IRHR-EXXW</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
 CPF/CNPJ: <b>02.535.864/0001-33</b> Inscrição Municipal: <b>6.131.480-3</b> Nome/Razão Social: <b>VR BENEFICIOS E SERVICOS DE PROCESSAMENTO S.A</b> Endereço: <b>AV DOS BANDEIRANTES 460 460 - BROOKLIN PAULISTA - CEP: 04553-900</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b> Inscrição Municipal: <b>----</b> Endereço: <b>R Alzirio Lebrao 76 - Alto Da Ponte - CEP: 12212-500</b> Município: <b>São José dos Campos</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>aline.costa@incs.org.br</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Total de Credito VR Alimentação: R\$ 2.149,65 - (9 cartão (ões))				
<p>Vencimento em 09/01/2023          Trib aprox. Lei nº 12.741/12: R\$0,00 Federal, R\$0,00 Municipal e R\$0,00 pelos serviços          Fonte: IBPT/empresometro.com.br BEA5CD 22.2.G          Valor da corretagem ou comissão: zero          Pedido: 20230106003175 CC: UBS JD TELES PARK          REALIZE O PAGAMENTO APENAS DE BOLETOS EMITIDOS POR VOCÊ NA ÁREA LOGADA E SEGURA DO SEU PORTAL RH. PREVINA-SE E EVITE PREJUÍZOS FINANCEIROS.</p>				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00</b>				
<b>VALOR TOTAL RECEBIDO = R\$ 2.149,65</b>				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,00%</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	<b>17,64% / IBPT</b>	
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 45517945 Série 1, emitido em 10/01/2023;				



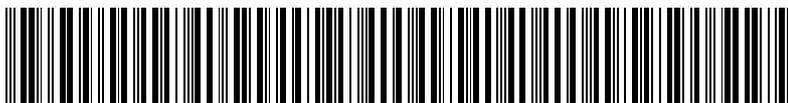
## Relatório de Detalhes do Pedido

CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA  
Pedido: 20221229006528  
Data do Pedido: 29/12/2022 16:49

Resumo do Pedido							
Produto	Data do Crédito	Total do Pedido (R\$)	Descrição	Valor base	Qtde Beneficiários	Qtde Provisórios	Total (R\$)
VR Alimentação	06/01/2023	2.149,65					
			Valor do Benefício (R\$)		9		2.149,65
			Taxa de serviço (% por valor creditado)	0,00	9		0,00
<b>Valor Total do Pedido (R\$)</b>		<b>2.149,65</b>					

Detalhes do Pedido									
Nome	Valor do Benefício (R\$)	Produto	CPF	Matrícula	Cód. Local Entrega	Local de Entrega	Cód. Departamento	Departamento	Emissão Cartão
ANDREIA SILVA VIEIRA	238,85	VR Alimentação	090.653.457-79		15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Não
Daniela Dias Moreira	238,85	VR Alimentação	320.089.828-31		15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim
FATIMA APARECIDA DOS SANTOS SILVA	238,85	VR Alimentação	308.467.108-70		15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Não
Juliana Aparecida de Souza	238,85	VR Alimentação	343.626.778-36	03728	15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim
Karine Azarias Silva	238,85	VR Alimentação	075.966.286-05	03714	15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim
Lucicleide Pereira de Araújo	238,85	VR Alimentação	334.517.478-20	03733	15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim
Maria Lucilene de Barros Andrade	238,85	VR Alimentação	314.472.338-08		15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim
Milena Akemi Carvalheira Kikuchi dos Santo	238,85	VR Alimentação	474.780.198-70	03727	15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim
Paulo Sérgio de Sousa Machado	238,85	VR Alimentação	377.147.958-40		15	UBS JARDIM TELESPARK	15	UBS JD TELESPARK	Sim

Local de Pagamento <b>Pagável em qualquer banco.</b>					Vencimento 09/01/2023	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b>			CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33		Agência / Código do Beneficiário 0001/16140-5	
Data do Documento 06/01/2023	Nº do Documento 20230106003175	Espécie Doc. DV	Acerte N	Data de Processamento 06/01/2023	Nosso Número / Cód. do Documento 110/1102089723-0	
Uso do Banco	Carteira 110	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Valor do Documento 2149,65	
Instruções Sr. Caixa: Não receber após 09/01/2023. Não receber valor inferior ao valor facial deste boleto sem autorização do beneficiário. Sr. Cliente: Este produto é pré-pago e seu pedido será processado e entregue somente após a confirmação do pagamento. Após o dia 09/01/2023 o pedido será cancelado, sendo necessário gerar novo pedido e novo boleto. Produtos: Alimentação					(-) Desconto / Abatimento 0,00	
					(-) Outras Deduções 0,00	
					(+) Mora / Multa 0,00	
					(+) Outros Acréscimos 0,00	
					(-) Valor Cobrado 2149,65	
Beneficiário <b>VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.</b> Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900					Código de Baixa 09.268.215/0001-62	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> R Emygdia Campolim, 131 - Parque Campolim - Sorocaba / SP						



Autenticação Mecânica

**FICHA DE COMPENSAÇÃO**

**BENEFICIÁRIO :** VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.  
Avenida dos Bandeirantes,460 Brooklin Paulista São Paulo CEP:04553-900

Nome do Beneficiário VR Benefícios e Serviços de Processamento S.A.		CNPJ/CPF 02.535.864/0001-33	Data de Vencimento 09/01/2023	Valor Cobrado 2149,65
Agência / Código do Beneficiário 0001/16140-5		Nosso Número 110/1102089723-0		
Autenticação Mecânica				

**Levar facilidades para o dia a dia do trabalhador pela tela do celular**

*É DA NOSSA CONTA.*

**APP VR e VOCÊ**

- Aplicativo gratuito (disponível para iOS e Android)
- Consultas de saldo e extrato
- Desbloqueio do cartão
- VR Pague: para pagamento de delivery por link
- Gráfico de utilização e gastos sugeridos diários
- Recomendações e notificações

**Divulgue na sua empresa mais uma facilidade da VR para o trabalhador.**



Conta comigo



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	61090.00114 10000.000116 10208.972306 1 92250000214965
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO VR S/A
<b>Código do Banco:</b>	610
<b>Código do ISPB:</b>	78626983
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>02.535.864/0001-33</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	VR BENEFICIOS E SERV. DE PROC. S.A.
<b>CPF/CNPJ:</b>	02.535.864/0001-33
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INSTITUTONACIONALDECIENCIASDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	09/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	09/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	2.149,65
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.149,65
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.149,65
<b>Identificação do Pagamento:</b>	VA TELESPARK 12.22

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:36:22

**Código da operação:** 009873774

**Chave de segurança:** 3T2N2V96RYAW39WJ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MIRACATU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe**Número da Nota  
**00001185**Data e Hora de Emissão  
**01/12/2022 13:47:26**Código de Verificação  
**HTKWAC-001185/2022****PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/CPF: **03.626.100/0001-16** Inscrição Municipal: **30365** Inscrição Estadual:

Nome/Razão Social: **ANALISES LABORATORIO LTDA EPP**

Endereço: **AVENIDA DONA EVARISTA DE CASTRO FERREIRA 310, - CENTRO - CEP: 11850000**

E-mail: **FISCAL@COPPICON.COM.BR**

Telefone: ( ) **1338471358** Celular: ( )

Município: **MIRACATU** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/CPF: **09.268.215/0010-53** Inscrição Municipal: Insc.Estadual:

Nome/Razão Social: **INCS - INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Endereço: **R ALZIRO LEBRAO 76, - ALTO DA PONTE - CEP: 12212500**

Email: **SAOJOSE.ANALISIS@GMAIL.COM** Telefone:

Município: **SAO JOSE DOS CAMPOS** UF: **SP**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

EXAMES LABORATORIAIS EM ATENDIMENTO A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO ALTO DA PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS. VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 10385,00,00 (16,75%). FONTE IBPT.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 62.000,00 | VALOR LIQUIDO = R\$ 58.187,00**

Código do Serviço: 04.02

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

Base de Cálculo (R\$):	<b>62.000,00</b>	Alíquota (%):	<b>3,00</b>	ISS tributado ao Prestador (R\$):	<b>1860,00</b>
IR. (R\$):	<b>930,00</b>	I.N.S.S. (R\$):	<b>0,00</b>	COFINS (R\$):	<b>1860,00</b>
				C.S.L.L. (R\$):	<b>620,00</b>
				P.I.S. (R\$):	<b>403,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site <https://miracatu.cidadeonline.inf.br/autenticidade.aspx>.Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " **VARIÁVEL** "Local da Prestação = **MIRACATU / SP - ISS Devido ao prestador**

Autenticidade

Recebi (emos) de: **ANALISES LABORATORIO LTDA EPP**Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00001185** - Série **ELETRONICA**

Condições de Pagamento:

Data de Recebimento: / / Assinatura:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2302 / 00000020549-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ANALISES LABORATORIO LTDA EPP
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.626.100/0001-16
<b>Valor:</b>	R\$ 58.186,99
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1185 ANALISES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 07:40:21

<b>Código da operação:</b>	00106659
<b>Chave de segurança:</b>	U2JJZUJK389H1XJ0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MIRACATU**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe**

Número da Nota  
**00001218**

Data e Hora de Emissão  
**03/01/2023 11:29:56**

Código de Verificação  
**SOIMKE-001218/2023**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/CPF: **03.626.100/0001-16** Inscrição Municipal: **30365** Inscrição Estadual:  
Nome/Razão Social: **ANALISES LABORATORIO LTDA EPP**  
Endereço: **AVENIDA DONA EVARISTA DE CASTRO FERREIRA 310, - CENTRO - CEP: 11850000**  
E-mail: **FISCAL@COPPICON.COM.BR**  
Telefone: ( ) **1338471358** Celular: ( )  
Município: **MIRACATU** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/CPF: **09.268.215/0010-53** Inscrição Municipal: Insc.Estadual:  
Nome/Razão Social: **INCS - INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
Endereço: **R ALZIRO LEBRAO 76, - ALTO DA PONTE - CEP: 12212500**  
Email: **FATURAMENTO.ANALISIS@GMAIL.COM** Telefone:  
Município: **SAO JOSE DOS CAMPOS** UF: **SP**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

EXAMES LABORATORIAIS EM ATENDIMENTO A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO ALTO DA PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS. VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 10385,00,00 (16,75%). FONTE IBPT.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 62.000,00 | VALOR LIQUIDO = R\$ 58.187,00**

Código do Serviço: 04.02

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

Base de Cálculo (R\$):	<b>62.000,00</b>	Alíquota (%):	<b>3,00</b>	ISS tributado ao Prestador (R\$):	<b>1860,00</b>
I.R. (R\$):	<b>930,00</b>	I.N.S.S. (R\$):	<b>0,00</b>	COFINS (R\$):	<b>1860,00</b>
				C.S.L.L. (R\$):	<b>620,00</b>
				P.I.S. (R\$):	<b>403,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site <https://miracatu.cidadeonline.inf.br/autenticidade.aspx>

Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " **VARIÁVEL** "

Local da Prestação = **MIRACATU / SP - ISS Devido ao prestador**



Autenticidade

Recebi (emos) de: **ANALISES LABORATORIO LTDA EPP**

Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00001218** - Série **ELETRONICA**

Condições de Pagamento:

Data de Recebimento: / / Assinatura:

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2302 / 00000020549-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ANALISES LABORATORIO LTDA EPP
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.626.100/0001-16
<b>Valor:</b>	R\$ 58.187,01
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1218 ANALISES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 07:42:03

<b>Código da operação:</b>	00107474
<b>Chave de segurança:</b>	2LST3NLR9V9PE2L

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 02/01/2023 10:25:47  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 555 / E  
Código de Verificação: C4PC4mTws

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 26.213.347/0001-06  
Nome/Razão Social: IBGS INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO EM SAUDE  
Endereço: RUA BAMBUI 321 JARDIM SATÉLITE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12230-130  
Telefone: ( ) -

Inscrição Municipal: 352637  
E-mail: comercial@helpvalle.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:

Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal emitida em conformidade com o Contrato de Gestão nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a P.M. de São José dos Campos.  
Serviços de remoções básicas e avançadas realizadas na UPA Alto da Ponte em 01/12/2022 à 31/12/2022.  
Mês de referência: Dezembro/2022  
Vencimento: 30/01/2023  
Dados bancários:  
Banco Santander 033  
Agência 3733 Conta Corrente 13005476-4  
IBGS Instituto Brasileiro de Gestão em Saúde  
CNPJ 26.213.347/0001-06  
Obs: Serviços prestados por Associação.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 862160200 - SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS, EXCETO POR UTI MÓVEL  
Serviço: 0421 - UNIDADE DE ATENDIMENTO, ASSISTENCIA OU TRATAMENTO MOVEL E CONGENERES.

Município da Incidência do ISSQN	Município / País da Prestação do Serviço	Responsável pelo recolhimento do ISSQN
SAO JOSE DOS CAMPOS	SAO JOSE DOS CAMPOS	PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN	Situação do prestador perante o Simples Nacional	Regime especial de tributação do ISSQN
Exigível	NÃO OPTANTE	-

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
45.000,00	0,00	0,00	45.000,00	2,000000	900,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
45.000,00	0,00	0,00	45.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: \_\_\_\_\_ Código da Obra: \_\_\_\_\_  
Número da nota fiscal substituída: \_\_\_\_\_ Regra especial: \_\_\_\_\_



### FECHAMENTO MENSAL AMBULÂNCIA- INCS ALTO DA PONTE

Mês de referência: Dezembro/2022

Competência	Descrição	Total Geral
01/12/2022 à 31/12/2022	Remoções básicas e avuçadas	45.000,00



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3733 / 00013005476-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IBGS INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO EM S
<b>CPF/CNPJ:</b>	26.213.347/0001-06
<b>Valor:</b>	R\$ 45.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 555 IBGS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 07:58:58

<b>Código da operação:</b>	00108049
<b>Chave de segurança:</b>	ETXULTRTU8JXWQKC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	02 - Conta Poupança
<b>Conta destino:</b>	1070 / 00001011291-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARCOS VITOR RODRIGUES SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	365.738.478-22
<b>Valor:</b>	R\$ 661,54
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARCOS SILVA AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 09:49:46

<b>Código da operação:</b>	00120037
<b>Chave de segurança:</b>	EJ0L6YJM33M7SN01

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1422 / 00000019162-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	CLAUDIA LIMA DA LUZ
<b>CPF/CNPJ:</b>	271.558.148-30
<b>Valor:</b>	R\$ 865,05
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG CLAUDIA LUZ AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 09:50:58

<b>Código da operação:</b>	00120185
<b>Chave de segurança:</b>	HUJGAGQS6N3NVF8H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBI(EMOS) DE	BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A	, A(S) MERCADORIA(S) CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO:	NF-e Nº 2976055 SÉRIE 3
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

<b>BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A</b>  <b>RUA JOSE MARTINS FERNANDES, 601</b> <b>(CL IMIGRANTE) GALPAO 32</b> <b>BATISTINI - SAO BERNARDO DO CAMPO - SP</b> <b>FONE: S/N CEP: 09843-400</b>	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b> <b>Nº 2976055</b> <b>SÉRIE 3</b> <b>FL 1 / 1</b>	 CHAVE DE ACESSO <b>3523 0103 7469 3800 0143 5500 3002 9760 5512 8437 2800</b>
	<b>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e</b> <b>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</b>	

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA	135230040437176 09/01/2023 15:03:26-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.
799061402111	CNPJ
	03.746.938/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF/ID Estrangeiro	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL		<b>09.268.215/0010-53</b>	09/01/2023
INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R ALZIRIO LEBRAO . 76	AT DA PONTE	12212-500	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP	HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA		
001	09/01/2023	3.057,00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
3.057,00	550,26	0,00	0,00	3.057,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>3.057,00</b>

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTADORA RISSO LTDA	0 - Remetente				52.661.634/0002-70
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
DOUTOR FREIRE CISNEIRO 97	SAO PAULO	SP	111091280118		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
15	VOL	BRS		15	375,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																
CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNIDADE COM	UNIDADE TRIB	QUANTIDADE COM	QUANTIDADE TRIB	VLR UNITÁRIO COM	VLR UNITÁRIO TRIB	VALOR TOTAL	BC CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
046608	Papel Report A4 75g PCT 500fls	48025610	000	5102	UN	UN	150.0000	150.0000	20,380000	20,38	3.057,00	3.057,00	550,26	0,00	18,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES [Numero do Pedido: P1-4696111-] 20221203031 - [1 - R ALZIRIO LEBRAO] - Seg a sex 08h00 as 16h Compras Cris 11 98797-4436 - [ em 09/01/2023] - - contrato de Gestao no 163/17- Incs e Prefeito S.Jose dos Campos - Fica atribuido a BRS SP a condicao de sujeito passivo por substituaocao tributaria, a que se refere o inciso VI do art. 264 do RICMS/2000. Regime Especial 485/2015. - Valor do ICMS de desoneraçao: R\$ 0,00 Valor Total do FCP (Fundo de Combate à Pobreza): R\$ 0,00 Valor Total do FCP(Fundo de Combate à Pobreza) retido por Substituição Tributária: R\$ 0,00	RESERVADO AO FISCO

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

## Ordem de Compra Número: 20221203031

Fornecedor: BRS Suprimentos Corporativos S/A - BR SUPPLY

Contato: JÚLIO CÉSAR

Data Emissão: 14.12.22

Telefone: 11 3647 2404

Condições Pgto: DEPÓSITO ANTECIPADO

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0010-53

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 4 DIAS ÚTEIS

Valor Total: R\$ 3057,00

### Instruções

Enviar nota fiscal eletrônica imediatamente após a sua emissão no email: [fiscal.ponte@incs.org.br](mailto:fiscal.ponte@incs.org.br)

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzíro Lebrão, 76 - **Alto da Ponte**, São José dos Campos - SP, 12212-531.

Inscrição Estadual: ISENTO

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **Material de Escritório** no mês de **12/2022** na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC20221203031 – PAGAMENTO: DEPÓSITO ANTECIPADO”

Estas despesas foram pagas com recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

NÚMERO DE PROCESSO: 20221203031			CNPJ: 03746938000143		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
PAPEL SULFITE BRANCO RESMA 500 FLS CX C/10	CAIXA	15		R\$ 203,80	R\$ 3.057,00
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>				R\$ 3.057,00	
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				R\$ 3.057,00	



Cristiana Miranda  
Compradora

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Razão Social: BRS Suprimentos Corporativos S/A | CNPJ: 03746938000143

Cotação : 252436 - INS NACIONAL DE CIENCIAS- 06-12 | Validade: 13/12/2022

Cliente: 2233478 - INCS IN 1053

Endereço: R ALZIRIO LEBRAO, Nº 76, Bairro: AT DA PONTE - CEP: 12212500 | Sao Jose dos Campos - SP

Condição Pagamento: A vista

Executivo de Vendas: Julio Cesar Souza Santos



Cod. ItemBR	Descrição ItemBR	Preço	ICMS	IPI	ST	Valor Un.	Qtde	Total
 046608	Papel Report A4 75g PCT 500fls NCM: 48025610	R\$ 20,38	18,00%	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 20,38	x 150 =	R\$ 3.057,00
							FRETE:	CIF
							Total:	R\$ 3.057,00



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8839 / 00000001710-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRS SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.746.938/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 3.057,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20221203031 BRS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:38:37

<b>Código da operação:</b>	00125912
<b>Chave de segurança:</b>	H1NZ7YTG2NRA9CP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0721 / 00000044019-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ANA MARIA DIONIZIO E SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	443.516.878-27
<b>Valor:</b>	R\$ 1.898,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ANA E SILVA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:48:28

<b>Código da operação:</b>	00126985
<b>Chave de segurança:</b>	HZ4TZUEA65H14VCH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0240 / 00000037191-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	DEBORA VALESKA SILVA RODRIGUES
<b>CPF/CNPJ:</b>	464.589.598-26
<b>Valor:</b>	R\$ 2.527,11
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG DEBORA RODRIGUES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:49:56

<b>Código da operação:</b>	00127267
<b>Chave de segurança:</b>	0X5TZYZVXH7CPU36

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0250 / 00000056773-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	GISELE APARECIDA MOREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	353.563.178-59
<b>Valor:</b>	R\$ 2.481,53
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GISELE MOREIRA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:54:28

<b>Código da operação:</b>	00127785
<b>Chave de segurança:</b>	8RL71FR1PHRQ54WN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7385 / 00000034388-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ISABELLE SANTOS MAGALHAES
<b>CPF/CNPJ:</b>	333.843.358-13
<b>Valor:</b>	R\$ 1.260,47
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ISABELLE MAGALHAE
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:56:44

<b>Código da operação:</b>	00128065
<b>Chave de segurança:</b>	5EC9LX55AAZLH4Z5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0250 / 00000099223-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LUCAS DOMINGOS NATO MACHADO
<b>CPF/CNPJ:</b>	384.470.408-60
<b>Valor:</b>	R\$ 3.001,90
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LUCAS MACHADO UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:57:39

<b>Código da operação:</b>	00128187
<b>Chave de segurança:</b>	V0WSUQZ4EG7ZGRUU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0240 / 00000026225-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PATRICIA SOUZA DOS SANTOS FREIRE
<b>CPF/CNPJ:</b>	296.059.408-84
<b>Valor:</b>	R\$ 3.386,99
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PATRICIA FREIRE U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 10:58:57

<b>Código da operação:</b>	00128302
<b>Chave de segurança:</b>	H0667786PJ8TAE91

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6961 / 00000011522-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PAULO HENRIQUE LACERDA BARBOSA
<b>CPF/CNPJ:</b>	016.049.767-13
<b>Valor:</b>	R\$ 1.943,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PAULO BARBOSA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:01:08

<b>Código da operação:</b>	00128586
<b>Chave de segurança:</b>	TKT2JYY1QHYZ9J6X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0225 / 00001018141-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ANDREA ALBINO
<b>CPF/CNPJ:</b>	260.858.378-44
<b>Valor:</b>	R\$ 3.706,76
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ANDREA ALBINO UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:02:06

<b>Código da operação:</b>	00128699
<b>Chave de segurança:</b>	KML1A76U346LTCKP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0888 / 00000025132-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ELISABETH NASCIMENTO VILAS BOAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	150.223.808-03
<b>Valor:</b>	R\$ 2.147,61
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ELISABETH NASC UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:03:10

<b>Código da operação:</b>	00128831
<b>Chave de segurança:</b>	2JEQRMR493CV8R7F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0225 / 00000047525-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JULIA DE SOUZA SANTOS RAMOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	445.215.918-41
<b>Valor:</b>	R\$ 2.101,10
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG JULIA RAMOS UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:04:15

<b>Código da operação:</b>	00128949
<b>Chave de segurança:</b>	HR6Z2J6JEEQMGVJZ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1326 / 00000001578-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	REIA SILVA DE MATOS RIOS PORTELLA
<b>CPF/CNPJ:</b>	706.115.995-20
<b>Valor:</b>	R\$ 4.155,26
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG REIA PORTELLA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:07:11

<b>Código da operação:</b>	00129486
<b>Chave de segurança:</b>	AP8TY3UV12RF535N

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0225 / 00000038141-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ROSEMEIRE ALVES DE SOUZA
<b>CPF/CNPJ:</b>	510.079.405-49
<b>Valor:</b>	R\$ 1.509,91
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ROSEMEIRE SOUZA U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:08:01

<b>Código da operação:</b>	00129591
<b>Chave de segurança:</b>	V14A2Q90N2V1UAXX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7770 / 00001002263-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	SILAS FRANCISCO DOS SANTOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	362.557.038-60
<b>Valor:</b>	R\$ 2.744,95
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG SILAS SANTOS UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:08:58

<b>Código da operação:</b>	00129682
<b>Chave de segurança:</b>	138AUA6LXLXW2HG6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0225 / 00000000943-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	SILVANA DA GRACA GUEDES
<b>CPF/CNPJ:</b>	098.427.148-10
<b>Valor:</b>	R\$ 2.089,97
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG SILVANA GUEDES UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:09:44

<b>Código da operação:</b>	00129782
<b>Chave de segurança:</b>	U7HC2M3ZR5HYV7WN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1326 / 00000063141-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	SIMONE BARBOSA PINTO
<b>CPF/CNPJ:</b>	325.983.738-80
<b>Valor:</b>	R\$ 4.563,57
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG SIMONE PINTO UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:10:48

<b>Código da operação:</b>	00129878
<b>Chave de segurança:</b>	Q3J3Q785950H77N3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2858 / 00000038972-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	STELA CAROLINE CINACHI DE PAULA
<b>CPF/CNPJ:</b>	469.248.658-95
<b>Valor:</b>	R\$ 1.949,88
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG STELA DE PAULA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:11:51

<b>Código da operação:</b>	00129966
<b>Chave de segurança:</b>	4QYNGH9G2514SX5Y

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00099755531-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ALEXANDRA DANIELLE ZENATTI
<b>CPF/CNPJ:</b>	223.272.818-81
<b>Valor:</b>	R\$ 2.122,45
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ALEXANDRA ZENATTI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:13:02

<b>Código da operação:</b>	00130114
<b>Chave de segurança:</b>	YZJ505Q5YQ3Y7EHG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00042289285-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	FERNANDO DA SILVA VIANA
<b>CPF/CNPJ:</b>	295.362.698-05
<b>Valor:</b>	R\$ 3.787,91
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG FERNANDO VIANA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:14:13

<b>Código da operação:</b>	00130244
<b>Chave de segurança:</b>	G1EGT79WNVZT015G

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00060011804-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ISABELA APARECIDA RIGO MEDEIROS
<b>CPF/CNPJ:</b>	419.109.608-70
<b>Valor:</b>	R\$ 1.350,05
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ISABELA MEDEIROS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:15:17

<b>Código da operação:</b>	00130351
<b>Chave de segurança:</b>	5LZ7NL851SLW6JEF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00021442117-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	KAREN LIMA DE PAULA
<b>CPF/CNPJ:</b>	506.711.738-98
<b>Valor:</b>	R\$ 1.939,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG KAREN DE PAULA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:16:16

<b>Código da operação:</b>	00130452
<b>Chave de segurança:</b>	QX24F543C65Y6KTA

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00058761335-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARILIA REGINA MOREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	059.990.676-69
<b>Valor:</b>	R\$ 2.590,06
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARILIA MOREIRA U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:18:01

<b>Código da operação:</b>	00130622
<b>Chave de segurança:</b>	ZFGKMWVT5H3K9HHR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00010383971-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PAULA THAIS DOS SANTOS ALMEIDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	387.951.458-50
<b>Valor:</b>	R\$ 2.566,32
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG PAULA ALMEIDA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:25:15

<b>Código da operação:</b>	00131648
<b>Chave de segurança:</b>	XCKFVN76GM7RM7XU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	208 - BANCO BTG PACTUAL S.A. - 30306294
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0020 / 00000323873-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	NICOLAS EDUARDO DE OLIVEIRA DOMINGUES
<b>CPF/CNPJ:</b>	434.574.658-27
<b>Valor:</b>	R\$ 3.156,43
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG NICOLAS DOMINGUES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 11:33:06

<b>Código da operação:</b>	00132526
<b>Chave de segurança:</b>	79F4M7M4HTHT6JLV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0156 / 00000040060-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	LIS BARTALINI DANTAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	140.112.597-21
<b>Valor:</b>	R\$ 1.541,51
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG LIS DANTAS AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 15:10:17

<b>Código da operação:</b>	00155608
<b>Chave de segurança:</b>	XLHWWRR2CKMXEU32

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00072827419-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	SARA CARDOSO SANTOS DE DEUS
<b>CPF/CNPJ:</b>	059.132.603-50
<b>Valor:</b>	R\$ 1.541,51
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG SARA DE DEUS AP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 15:11:44

<b>Código da operação:</b>	00155795
<b>Chave de segurança:</b>	M6V04LVV2Z7467E9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0093 / 00002018788-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	GABRIELE FERNANDA REIS GALVAO
<b>CPF/CNPJ:</b>	323.670.148-09
<b>Valor:</b>	R\$ 687,01
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG GABRIELE GALVAO A
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 15:13:52

<b>Código da operação:</b>	00156042
<b>Chave de segurança:</b>	QV7CJRSAL8NG7GW6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022


**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA**
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

RPS Nº 24 Série AGZ01, emitido em 04/01/2023

20230105u47489563000159

Número da Nota

00000004

Data e Hora de Emissão

04/01/2023 23:36:39

Código de Verificação

XJWL-DSRP

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 47.489.563/0001-59

Inscrição Municipal: 7.416.328-0

Nome/Razão Social: RMP SEVICOS MEDICOS LTDA

Endereço: R PAGEU 48, APT 93 - VILA MARIANA - CEP: 04139-000

Município: São Paulo

UF: SP

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53

Inscrição Municipal: ----

Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 - ALTO DA PONTE - CEP: 12212-500

Município: São José dos Campos

UF: SP

E-mail: -----

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Nota fiscal referente a 2 plantões realizados pela profissional medica Renata de Mello Pereira

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº559/2022 firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.400,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional; (3) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 24 Série AGZ01, emitido em 04/01/2023;

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00048215478-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RMP SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	47.489.563/0001-59
<b>Valor:</b>	R\$ 3.400,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 4 RMP SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	09/01/2023 15:24:37

<b>Código da operação:</b>	00157477
<b>Chave de segurança:</b>	UKNOKJEKYTGWQSHU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0029 / 1288 / 000785478539-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** BRENDA MARIA GOMES GUIMARAES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.541,51

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 08:15:32

**Código da operação:** 090815  
**Chave de segurança:** 14K0RHP8Q5YWL68V

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2902 / 1288 / 000824033997-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ELLEN NUNES DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 798,51

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 08:16:47

**Código da operação:** 090816  
**Chave de segurança:** JRHTUKGGUGYW99LX

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000754064381-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** KARINE FERNANDA SANTOS LUCIO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 753,66

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 08:18:13

**Código da operação:** 090818  
**Chave de segurança:** 3EYZX8A9EUN5FT6H

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2935 / 1288 / 000869672514-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARIA MADALENA DE CASTRO DINIZ  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 798,51

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:36:59

**Código da operação:** 090936  
**Chave de segurança:** VPP8K009N4ZKCSXN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000761369158-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARILUCI CARVALHO DOS SANTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 375,41

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:37:57

**Código da operação:** 090937  
**Chave de segurança:** RTFP5KFJ5HVWN3PW

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4755 / 1288 / 000851102369-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MATHEUS S DA S SOUZA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 667,54

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:39:26

**Código da operação:** 090939  
**Chave de segurança:** R7HZQP1T411RX81H

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4847 / 1288 / 000830218708-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LUIS PAULO MOREIRA DOMINGOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 865,05

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:52:26

**Código da operação:** 090952  
**Chave de segurança:** RE44FSFYQTFKSWRZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2902 / 1288 / 000754113907-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ELIZANGELA MARIA DE OLIVEIRA EDU  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 919,04

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:56:20

**Código da operação:** 090956  
**Chave de segurança:** JU7FM99CJM79T9G6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000759394785-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** CLAUDIA REGINA CUNHA ARAUJO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 919,04

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:57:48

**Código da operação:** 090957  
**Chave de segurança:** KYKQ2ZUZ88SMV8Q4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3880 / 1288 / 000945380298-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** CAROLINE FERNANDES DOS SANTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 919,04

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:58:38

**Código da operação:** 090958  
**Chave de segurança:** EPSQ1NUUEU804332

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0295 / 1288 / 000761692868-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ANA CECILIA SOARES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.541,51

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 09:59:40

**Código da operação:** 090959  
**Chave de segurança:** 5XKCKZYA22SAEHX1

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000758503345-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ALDA CRISTINA CYPRIANO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.352,02

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 10:00:20

**Código da operação:** 091000  
**Chave de segurança:** GQ2RUW9GJTS8Q1J

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000760280638-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FATIMA DE SOUZA AUGUSTO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.170,62

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 10:09:25

**Código da operação:** 091009  
**Chave de segurança:** MWGG1REJSVE85TPM

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Mês/Ano: 12/2022  
Nome do Destinatário ISABELLA KENIA TEIXEIRA CPF 417.977.978-16 Banco 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL Agência Conta Valor Modalidade  
**Funcionário: 01797 - LEONARDO FERNANDO SOARES Valor Pensao: 59,01**  
INCS - INTITUTO NACIONAL DE CIENCIA DA SAUDE

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	3600 / 1288 / 000756468137-4

<b>Nome destinatário:</b>	ISABELLA KENIA TEIXEIRA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 59,01

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	09/01/2023 10:27:16

<b>Código da operação:</b>	091027
<b>Chave de segurança:</b>	AACYSMA0ZJ9XQTY4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1388 / 1288 / 000758264749-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** DANIELE CRISTINA DOS SANTOS GALV  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.845,84

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 11:44:36

**Código da operação:** 091144  
**Chave de segurança:** TUNPULSEW8FSGU0F

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000758504526-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** EDUARDO DA CUNHA FILHO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.398,12

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 11:46:47

**Código da operação:** 091146  
**Chave de segurança:** WZQXJ5HNN34URUQ6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

# RECIBO DE FÉRIAS

EMPRESA : INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03  
CNPJ/CEI : 09.268.215/0010-53  
CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO : 00229  
REGISTRO NA EMPRESA : 00265  
NOME COMPLETO : ALICE MARA DE SOUZA ALMEIDA  
CARTEIRA PROFISSIONAL/SÉRIE : 32513-185--SP  
PERÍODO AQUISITIVO : 09/05/2021 A 08/05/2022  
PERÍODO DE GOZO DE FÉRIAS : 10/01/2023 A 08/02/2023  
SALÁRIO BASE : 3.676,20  
FALTAS NÃO JUSTIFICADAS : 0,00 Hora (0,00 Dia)

CÓD	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALORES REFERENTES AO MÊS JAN/2023			VALORES REFERENTES AO MÊS FEV/2023		
		REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
00121	FERIAS NORMAIS	22,0/31	2.608,92		8,0/28	1.050,34	
00122	INT. H.E. FERIAS	22/31	481,67		08/28	193,92	
00123	INT. ADIC. INSAL. FERIAS	22/31	320,35		08/28	128,97	
00125	INT. ADIC. NOTURNO FERIAS	22/31	629,02		08/28	253,24	
00128	ADICIONAL 1/3 S/FERIAS	33,3333%	1.346,65		33,3333%	542,16	
00080	DESCONTO INSS			590,30			176,99
00198	I.R.R.F. FERIAS	27,50%		824,11			0,00
TOTAL VENCIMENTOS/DESCONTOS			5.386,61	1.414,41		2.168,63	176,99
TOTAL VALORES LÍQUIDOS				3.972,20			1.991,64
VALOR LÍQUIDO A RECEBER							5.963,84

RECEBI DE INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03 A IMPORTÂNCIA ABAIXO:

VALOR: 5.963,84

VALOR POR EXTENSO: (CINCO MIL, NOVECENTOS E SESENTA E TRÊS REAIS E OITENTA E QUATRO CENTAVOS).

PAGO ADIANTADAMENTE POR MOTIVO DE MINHAS FÉRIAS REGULARES, ORA CONCEDIDAS E QUE VOU GOZAR DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO ACIMA. TUDO CONFORME AVISO QUE RECEBI EM TEMPO, AO QUAL DEI MEU CIENTE.

PARA CLAREZA E DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE RECIBO, DANDO A FIRMA PLENA E GERAL QUITAÇÃO.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 06 de Janeiro 2023

\_\_\_\_\_  
ALICE MARA DE SOUZA ALMEIDA

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

DATA DO PAGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RETORNO AO SERVIÇO: 09/02/2023

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

## Aviso de Férias

Ilmo Sr(a).

ALICE MARA DE SOUZA ALMEIDA

Código: 229

Tendo V. Sa. completado em 08/05/2022 o período aquisitivo de férias iniciado em 09/05/2021, 12 meses, vimos nos termos do Artigo 135 da Consolidação das Leis do Trabalho (Redação dada pelo Decreto Lei 1535/77), comunicar-lhe que deverá sair em férias no dia 10/01/2023 para retornar ao trabalho 30 dias após a data de saída.

A importância correspondente as férias e, se for o caso, ao abono pecuniário, encontra-se no caixa da organização e poderá ser recebida até dois dias antes da sua saída.

Solicitamos, outrossim, apresentar a sua carteira de trabalho na seção de pessoal para as anotações necessárias.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 09 de Dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03

\_\_\_\_\_  
ALICE MARA DE SOUZA ALMEIDA

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

Data do Pagamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	2935 / 1288 / 000754726716-6

<b>Nome destinatário:</b>	ALICE M DE SOUZA ALMEIDA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 5.963,84

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	09/01/2023 11:56:22

<b>Código da operação:</b>	091156
<b>Chave de segurança:</b>	S149KE2Z8Z3C4RX2

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

# RECIBO DE FÉRIAS

EMPRESA : INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03  
CNPJ/CEI : 09.268.215/0010-53  
CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO : 01232  
REGISTRO NA EMPRESA : 01232  
NOME COMPLETO : EDUARDO DA CUNHA FILHO  
CARTEIRA PROFISSIONAL/SÉRIE : 3674556-6850--SP  
PERÍODO AQUISITIVO : 01/04/2021 A 31/03/2022  
PERÍODO DE GOZO DE FÉRIAS : 05/01/2023 A 03/02/2023  
SALÁRIO BASE : 1.606,71  
FALTAS NÃO JUSTIFICADAS : 0,00 Hora (0,00 Dia)

CÓD	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALORES REFERENTES AO MÊS JAN/2023			VALORES REFERENTES AO MÊS FEV/2023		
		REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
00121	FERIAS NORMAIS	27,0/31	1.399,39		3,0/28	172,15	
00122	INT. H.E. FERIAS	27/31	262,48		03/28	32,29	
00125	INT. ADIC. NOTURNO FERIAS	27/31	135,59		03/28	16,68	
00128	ADICIONAL 1/3 S/FERIAS	33,3333%	599,15		33,3333%	73,71	
00080	DESCONTO INSS			197,51			22,11
00198	I.R.R.F. FERIAS	7,50%		41,66			0,00
TOTAL VENCIMENTOS/DESCONTOS			2.396,61	239,17		294,83	22,11
TOTAL VALORES LÍQUIDOS				2.157,44			272,72
VALOR LÍQUIDO A RECEBER							2.430,16

RECEBI DE INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03 A IMPORTÂNCIA ABAIXO:

VALOR: 2.430,16

VALOR POR EXTENSO: (DOIS MIL, QUATROCENTOS E TRINTA REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS).

PAGO ADIANTADAMENTE POR MOTIVO DE MINHAS FÉRIAS REGULARES, ORA CONCEDIDAS E QUE VOU GOZAR DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO ACIMA. TUDO CONFORME AVISO QUE RECEBI EM TEMPO, AO QUAL DEI MEU CIENTE.

PARA CLAREZA E DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE RECIBO, DANDO A FIRMA PLENA E GERAL QUITAÇÃO.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 03 de Janeiro 2023

\_\_\_\_\_  
EDUARDO DA CUNHA FILHO

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

DATA DO PAGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RETORNO AO SERVIÇO: 04/02/2023

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Aviso de Férias

Ilmo Sr(a).

EDUARDO DA CUNHA FILHO

Código: 1232

Tendo V. Sa. completado em 31/03/2022 o período aquisitivo de férias iniciado em 01/04/2021, 12 meses, vimos nos termos do Artigo 135 da Consolidação das Leis do Trabalho (Redação dada pelo Decreto Lei 1535/77), comunicar-lhe que deverá sair em férias no dia 05/01/2023 para retornar ao trabalho 30 dias após a data de saída.

A importância correspondente as férias e, se for o caso, ao abono pecuniário, encontra-se no caixa da organização e poderá ser recebida até dois dias antes da sua saída.

Solicitamos, outrossim, apresentar a sua carteira de trabalho na seção de pessoal para as anotações necessárias.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 06 de Dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03

\_\_\_\_\_  
EDUARDO DA CUNHA FILHO

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

Data do Pagamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	0351 / 1288 / 000758504526-4

<b>Nome destinatário:</b>	EDUARDO DA CUNHA FILHO
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 2.430,16

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	09/01/2023 11:58:04

<b>Código da operação:</b>	091158
<b>Chave de segurança:</b>	A9AVA55MGZSSPLV0

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

# RECIBO DE FÉRIAS

EMPRESA : INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03  
CNPJ/CEI : 09.268.215/0010-53  
CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO : 00283  
REGISTRO NA EMPRESA : 00355  
NOME COMPLETO : MATHEUS NAYRE BASTOS  
CARTEIRA PROFISSIONAL/SÉRIE : 8033-272--SP  
PERÍODO AQUISITIVO : 12/03/2021 A 11/03/2022  
PERÍODO DE GOZO DE FÉRIAS : 09/01/2023 A 07/02/2023  
SALÁRIO BASE : 1.885,53  
FALTAS NÃO JUSTIFICADAS : 0,00 Hora (0,00 Dia)

CÓD	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALORES REFERENTES AO MÊS JAN/2023			VALORES REFERENTES AO MÊS FEV/2023		
		REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
00121	FERIAS NORMAIS	23,0/31	1.398,94		7,0/28	471,38	
00122	INT. H.E. FERIAS	23/31	97,92		07/28	32,99	
00123	INT. ADIC. INSAL. FERIAS	23/31	334,91		07/28	112,85	
00125	INT. ADIC. NOTURNO FERIAS	23/31	505,30		07/28	170,26	
00128	ADICIONAL 1/3 S/FERIAS	33,3333%	779,02		33,3333%	262,50	
00033	PENSAO ALIMENTICIA FERIAS			350,97			118,26
00080	DESCONTO INSS			282,92			78,74
00198	I.R.R.F. FERIAS	15,00%		108,37			0,00
TOTAL VENCIMENTOS/DESCONTOS			3.116,09	742,26		1.049,98	197,00
TOTAL VALORES LÍQUIDOS				2.373,83			852,98
VALOR LÍQUIDO A RECEBER							3.226,81

RECEBI DE INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03 A IMPORTÂNCIA ABAIXO:

VALOR: 3.226,81

VALOR POR EXTENSO: (TRÊS MIL, DUZENTOS E VINTE E SEIS REAIS E OITENTA E UM CENTAVOS).

PAGO ADIANTADAMENTE POR MOTIVO DE MINHAS FÉRIAS REGULARES, ORA CONCEDIDAS E QUE VOU GOZAR DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO ACIMA. TUDO CONFORME AVISO QUE RECEBI EM TEMPO, AO QUAL DEI MEU CIENTE.

PARA CLAREZA E DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE RECIBO, DANDO A FIRMA PLENA E GERAL QUITAÇÃO.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 06 de Janeiro 2023

\_\_\_\_\_  
MATHEUS NAYRE BASTOS

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

DATA DO PAGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RETORNO AO SERVIÇO: 08/02/2023

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Aviso de Férias

Ilmo Sr(a).

MATHEUS NAYRE BASTOS

Código: 283

Tendo V. Sa. completado em 11/03/2022 o período aquisitivo de férias iniciado em 12/03/2021, 12 meses, vimos nos termos do Artigo 135 da Consolidação das Leis do Trabalho (Redação dada pelo Decreto Lei 1535/77), comunicar-lhe que deverá sair em férias no dia 09/01/2023 para retornar ao trabalho 30 dias após a data de saída.

A importância correspondente as férias e, se for o caso, ao abono pecuniário, encontra-se no caixa da organização e poderá ser recebida até dois dias antes da sua saída.

Solicitamos, outrossim, apresentar a sua carteira de trabalho na seção de pessoal para as anotações necessárias.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 09 de Dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03

\_\_\_\_\_  
MATHEUS NAYRE BASTOS

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

Data do Pagamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	3013 / 1288 / 000752179967-5

<b>Nome destinatário:</b>	MATHEUS NAYRE BASTOS
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 3.226,81

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	09/01/2023 11:59:10

<b>Código da operação:</b>	091159
<b>Chave de segurança:</b>	945Z9C4P6WT4PN3X

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

# RECIBO DE FÉRIAS

EMPRESA : INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03  
CNPJ/CEI : 09.268.215/0010-53  
CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO : 00269  
REGISTRO NA EMPRESA : 00300  
NOME COMPLETO : JULIANA APARECIDA VIEIRA SILVA  
CARTEIRA PROFISSIONAL/SÉRIE : 704-185--SP  
PERÍODO AQUISITIVO : 24/10/2021 A 23/10/2022  
PERÍODO DE GOZO DE FÉRIAS : 10/01/2023 A 08/02/2023  
SALÁRIO BASE : 1.885,53  
FALTAS NÃO JUSTIFICADAS : 0,00 Hora (0,00 Dia)

CÓD	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALORES REFERENTES AO MÊS JAN/2023			VALORES REFERENTES AO MÊS FEV/2023		
		REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
00121	FERIAS NORMAIS	22,0/31	1.338,12		8,0/28	538,72	
00122	INT. H.E. FERIAS	22/31	322,58		08/28	129,87	
00123	INT. ADIC. INSAL. FERIAS	22/31	320,35		08/28	128,97	
00125	INT. ADIC. NOTURNO FERIAS	22/31	217,67		08/28	87,63	
00128	ADICIONAL 1/3 S/FERIAS	33,3333%	732,90		33,3333%	295,07	
00080	DESCONTO INSS			260,79			88,51
00198	I.R.R.F. FERIAS	15,00%		200,21			0,00
TOTAL VENCIMENTOS/DESCONTOS			2.931,62	461,00		1.180,26	88,51
TOTAL VALORES LÍQUIDOS				2.470,62			1.091,75
VALOR LÍQUIDO A RECEBER							3.562,37

RECEBI DE INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03 A IMPORTÂNCIA ABAIXO:

VALOR: 3.562,37

VALOR POR EXTENSO: (TRÊS MIL, QUINHENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E TRINTA E SETE CENTAVOS).

PAGO ADIANTADAMENTE POR MOTIVO DE MINHAS FÉRIAS REGULARES, ORA CONCEDIDAS E QUE VOU GOZAR DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO ACIMA. TUDO CONFORME AVISO QUE RECEBI EM TEMPO, AO QUAL DEI MEU CIENTE.

PARA CLAREZA E DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE RECIBO, DANDO A FIRMA PLENA E GERAL QUITAÇÃO.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 06 de Janeiro 2023

\_\_\_\_\_  
JULIANA APARECIDA VIEIRA SILVA

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

DATA DO PAGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RETORNO AO SERVIÇO: 09/02/2023

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Aviso de Férias

Ilmo Sr(a).

JULIANA APARECIDA VIEIRA SILVA

Código: 269

Tendo V. Sa. completado em 23/10/2022 o período aquisitivo de férias iniciado em 24/10/2021, 12 meses, vimos nos termos do Artigo 135 da Consolidação das Leis do Trabalho (Redação dada pelo Decreto Lei 1535/77), comunicar-lhe que deverá sair em férias no dia 10/01/2023 para retornar ao trabalho 30 dias após a data de saída.

A importância correspondente as férias e, se for o caso, ao abono pecuniário, encontra-se no caixa da organização e poderá ser recebida até dois dias antes da sua saída.

Solicitamos, outrossim, apresentar a sua carteira de trabalho na seção de pessoal para as anotações necessárias.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 09 de Dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03

\_\_\_\_\_  
JULIANA APARECIDA VIEIRA SILVA

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

Data do Pagamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	2935 / 1288 / 000754096724-3

<b>Nome destinatário:</b>	JULIANA AP VIEIRA SILVA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 3.562,37

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	09/01/2023 12:00:31

<b>Código da operação:</b>	091200
<b>Chave de segurança:</b>	UCE6HY0A204QP9A4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

## RECIBO DE FÉRIAS

EMPRESA : INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03  
 CNPJ/CEI : 09.268.215/0010-53  
 CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO : 00306  
 REGISTRO NA EMPRESA : 00326  
 NOME COMPLETO : VICENCA PAULA DOS SANTOS DE OLIVEIRA  
 CARTEIRA PROFISSIONAL/SÉRIE : 58498-016--PI  
 PERÍODO AQUISITIVO : 02/05/2021 A 01/05/2022  
 PERÍODO DE GOZO DE FÉRIAS : 09/01/2023 A 07/02/2023  
 SALÁRIO BASE : 1.885,53  
 FALTAS NÃO JUSTIFICADAS : 0,00 Hora (0,00 Dia)

CÓD	DESCRIÇÃO DO EVENTO	VALORES REFERENTES AO MÊS JAN/2023			VALORES REFERENTES AO MÊS FEV/2023		
		REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
00121	FERIAS NORMAIS	23,0/31	1.398,94		7,0/28	471,38	
00122	INT. H.E. FERIAS	23/31	74,96		07/28	25,26	
00123	INT. ADIC. INSAL. FERIAS	23/31	334,91		07/28	112,85	
00125	INT. ADIC. NOTURNO FERIAS	23/31	0,96		07/28	0,32	
00128	ADICIONAL 1/3 S/FERIAS	33,3333%	603,25		33,3333%	203,27	
00080	DESCONTO INSS			198,99			60,98
00198	I.R.R.F. FERIAS	7,50%		62,73			0,00
TOTAL VENCIMENTOS/DESCONTOS			2.413,02	261,72		813,08	60,98
TOTAL VALORES LÍQUIDOS				2.151,30			752,10
VALOR LÍQUIDO A RECEBER							2.903,40

RECEBI DE INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03 A IMPORTÂNCIA ABAIXO:

VALOR: 2.903,40

VALOR POR EXTENSO: (DOIS MIL, NOVECENTOS E TRÊS REAIS E QUARENTA CENTAVOS).

PAGO ADIANTADAMENTE POR MOTIVO DE MINHAS FÉRIAS REGULARES, ORA CONCEDIDAS E QUE VOU GOZAR DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO ACIMA. TUDO CONFORME AVISO QUE RECEBI EM TEMPO, AO QUAL DEI MEU CIENTE.

PARA CLAREZA E DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE RECIBO, DANDO A FIRMA PLENA E GERAL QUITAÇÃO.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 06 de Janeiro 2023

\_\_\_\_\_  
VICENCA PAULA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

DATA DO PAGAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RETORNO AO SERVIÇO: 08/02/2023

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

## Aviso de Férias

Ilmo Sr(a).

VICENCA PAULA DOS SANTOS DE OLIVEIRA      Código: 306

Tendo V. Sa. completado em 01/05/2022 o período aquisitivo de férias iniciado em 02/05/2021, 12 meses, vimos nos termos do Artigo 135 da Consolidação das Leis do Trabalho (Redação dada pelo Decreto Lei 1535/77), comunicar-lhe que deverá sair em férias no dia 09/01/2023 para retornar ao trabalho 30 dias após a data de saída.

A importância correspondente as férias e, se for o caso, ao abono pecuniário, encontra-se no caixa da organização e poderá ser recebida até dois dias antes da sua saída.

Solicitamos, outrossim, apresentar a sua carteira de trabalho na seção de pessoal para as anotações necessárias.

SAO JOSE DOS CAMPOS, 09 de Dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
INCS INST NAC DE CIENC DA SAUDE F03

\_\_\_\_\_  
VICENCA PAULA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

DEPARTAMENTO: UPA ALTO DA PONTE

Data do Pagamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	0351 / 1288 / 000762057456-6

<b>Nome destinatário:</b>	VICENCA PAULA SANTOS OLIVEIRA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 2.903,40

<b>Data de débito:</b>	09/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	09/01/2023 12:02:01

<b>Código da operação:</b>	091202
<b>Chave de segurança:</b>	WCS95VVL4E8M79NZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2883 / 1288 / 000754754587-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** WILLIAM BOTECCIA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.860,43

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 12:03:38

**Código da operação:** 091203  
**Chave de segurança:** POUFK2MN539PG27W

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4091 / 001 / 00023749-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FABIO HENRIQUE

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 4.115,45

**Data de débito:** 09/01/2023

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:42:14

**Código da operação:** 091342

**Chave de segurança:** KWRR5YUTQ114YSSF

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4068 / 001 / 00030070-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FERNANDA APARECIDA DE OLIVEIRA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.332,12

**Data de débito:** 09/01/2023

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:43:07

**Código da operação:** 091343

**Chave de segurança:** L0SG9QAJ97WHLLPZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3600 / 1288 / 000753948403-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FERNANDA REIS RODRIGUES SANTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.712,75

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:44:39

**Código da operação:** 091344  
**Chave de segurança:** PE1XHXZMVNQ4TMQ0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3880 / 1288 / 000983095331-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** GIULIA RIBEIRO FRANCA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.831,62

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:48:14

**Código da operação:** 091348  
**Chave de segurança:** 996W0WX1XQPAC77U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2143 / 1288 / 000820053604-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** HEVERTON DEMETRIUS BARBOSA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.484,17

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:50:19

**Código da operação:** 091350  
**Chave de segurança:** CPK2ULAXX2U23EJU

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4229 / 1288 / 000753793932-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** IONE DE SOUZA S MAFRA RODRIGUES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.573,09

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:50:58

**Código da operação:** 091350  
**Chave de segurança:** GJ6F0746H2UTH8T6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2935 / 1288 / 000754096724-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JULIANA AP VIEIRA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.936,72

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:55:50

**Código da operação:** 091355  
**Chave de segurança:** Y358WV3VCRTZ2X42

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000756584202-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LAIDE DOS SANTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.954,60

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:57:18

**Código da operação:** 091357  
**Chave de segurança:** UMWJSKHNFACJJ0GL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000854313228-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LARISSA TUANY DE SOUZA OLIVEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.976,49

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:58:12

**Código da operação:** 091358  
**Chave de segurança:** X3S0Q3NW7538U9HV

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000756583796-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** LUCAS DA SILVEIRA COELHO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.515,17

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 13:58:58

**Código da operação:** 091358  
**Chave de segurança:** UC534HGY1TY9UM07

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000752179967-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MATHEUS NAYRE BASTOS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.200,91

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:02:30

**Código da operação:** 091402  
**Chave de segurança:** W40097AL36SWHG6X

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000761166496-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** PAULO CESAR SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.062,65

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:04:48

**Código da operação:** 091404  
**Chave de segurança:** SF3H4KLQX0Q75V2

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0797 / 1288 / 000758419852-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** PRISCILA R DE OLIVEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.358,56

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:05:58

**Código da operação:** 091405  
**Chave de segurança:** 023EJJECK8ZXNS01

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 3600 / 001 / 00022713-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** REGINA PEREIRA DA SILVA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.972,70

**Data de débito:** 09/01/2023

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:10:29

**Código da operação:** 091410

**Chave de segurança:** 7PVHSE2LHPW0KT6M

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4091 / 001 / 00009506-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** RITA DE CASSIA CURSINO FRANCA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.341,64

**Data de débito:** 09/01/2023

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:11:20

**Código da operação:** 091411

**Chave de segurança:** UYPVRSKN0MS1F3XP

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4229 / 1288 / 000876802884-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ROSA MARIA DE FREITAS MIRANDA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.207,34

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:12:31

**Código da operação:** 091412  
**Chave de segurança:** Y0PV6PG9W5CPLE1Y

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000758507144-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** TATIANA FERREIRA TURIBIO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 320,76

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:16:27

**Código da operação:** 091416  
**Chave de segurança:** ZVZV4SFKU6WM9W5U

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000858715681-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** TATIANE CORREA SANTORO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.384,04

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:17:11

**Código da operação:** 091417  
**Chave de segurança:** ET1VY5520LA27VJH

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4091 / 001 / 00009985-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** TAUANE LEITE DE OLIVEIRA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.782,43

**Data de débito:** 09/01/2023

**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:17:56

**Código da operação:** 091417

**Chave de segurança:** AHYNHFR31J7EGJRQ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000762057456-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** VICENCA PAULA SANTOS OLIVEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.800,67

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:19:58

**Código da operação:** 091419  
**Chave de segurança:** ZH6MNJQQWWPH41ZR

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2883 / 1288 / 000754754587-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** WILLIAM BOTECCIA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.665,93

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 14:29:01

**Código da operação:** 091429  
**Chave de segurança:** 28RW3U1EL4P5L5M7

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000760279328-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** DIANE PRISCILA DOMINGUES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 5.741,11

**Data de débito:** 09/01/2023  
**Data/hora da operação:** 09/01/2023 15:08:56

**Código da operação:** 091508  
**Chave de segurança:** NR7U51R5GKCVH78R

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador



DADOS DA NFS-e					
Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Data e Hora do RPS	Número / Série RPS	Código de Verificação
04/12/2022 04:24:12	12/2022	4074 / U	04/12/2022 04:24:12	367 / 1	7Rx1JnGV4

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: **20.242.496/0001-17**  
 Nome/Razão Social: **RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA**  
 Endereço: **RUA JOANA MARIA PEREIRA 130 VILA ADELIA**  
 Município / País: **SOROCABA / BRASIL**  
 UF: **SP** CEP: **18080-141** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **332848**  
 E-mail: **nf@medsystem.eng.br**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: **09.268.215/0024-59**  
 Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
 Endereço: **AVENIDA Rui Barbosa - de 2187/2188 a 2768/2769 2445 SANTANA**  
 Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
 UF: **SP** CEP: **12212-000** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal:  
 E-mail: **ger.adm.santana@incs.org.br**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Valor aproximado total de tributos federais, estaduais e municipais R\$239,50 (5,00%) conforme disposto na Lei nº 12.741/12  
 Ref: Parcela recorrente com vencimento 20/12/2022, competência 12/2022 no valor de R\$4.790,00 (R\$4.790,00 R\$0,00(a) R\$0,00(d))  
 Venda Recorrente 61 com parcelas no valor de R\$4.790,00  
 Engenharia Clínica R\$4.790,00 (R\$4.790,00 x 1)  
 Contrato de engenharia clínica referente a Novembro  
 UBS Santana - São José dos Campos

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **712010001 - TESTES E ANALISES TECNICAS**  
 Serviço: **1701 - ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA;**

Município da Incidência do ISSQN <b>SOROCABA</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>4.790,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>*****</b>	<b>*****</b>	<b>*****</b>

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>4.790,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>4.790,00</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
 Número da nota fiscal substituída: Regra especial:

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Vencimento <b>20/12/2022</b>	Agência/Código do Beneficiário 3327-8 / 6867928	Número do Documento 1044	Nosso Número 000000001181 9
Valor do Documento <b>4.790,00</b>	(-) Descontos	(+) Acréscimos	(=) Valor Cobrado

Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - CNPJ 09.268.215/0024-59  
Rua Rui Barbosa - de 2187/2188 a 2768/2769, 2445 - - SANTANA - 12212-000 São José dos Campos-SP

Sacador/Avalista RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA - CNPJ 20.242.496/0001-17

Beneficiário RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA - CNPJ 20.242.496/0001-17  
Rua Joana Maria Pereira, 130 - - 18080-141 Sorocaba-SP

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					Vencimento <b>20/12/2022</b>
Beneficiário RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA Rua Joana Maria Pereira, 130 - - 18080-141 Sorocaba-SP					Agência/Código do Beneficiário 3327-8 / 6867928
Data do Documento 04/12/2022	Número do Documento 1044	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 04/12/2022	Nosso Número 000000001181 9
Uso do Banco	Carteira COB. SIMPLES RCR	Espécie Moeda R\$	Qtde Moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>4.790,00</b>

Instruções - Texto de Responsabilidade do Beneficiário  
Boleto com vencimento no final de semana, poderá ser pago no próximo dia útil  
Caso precise de ajuda, acesse <https://www.medsystemhospitalar.com.br/contato>

\*Sujeito a protesto de título após o vencimento

(-) Desconto

(-) Outras Deduções/Abatimento

(+) Mora/Multa/Juros

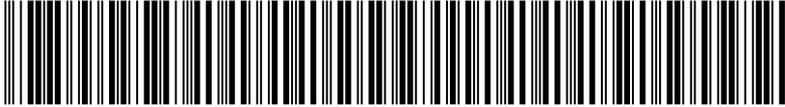
(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - CNPJ 09.268.215/0024-59  
Rua Rui Barbosa - de 2187/2188 a 2768/2769, 2445 - - SANTANA - 12212-000 São José dos Campos-SP

Sacador/Avalista RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA - CNPJ 20.242.496/0001-17

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.68679 92800.000009 01181.901016 1 92050000479000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>RMED TECNOLOGIA MEDICA EIRELI</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>RMED TECNOLOGIA MEDICA EIRELI</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>20.242.496/0001-17</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	20/12/2022
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	10/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	4.790,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	4.790,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.790,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** NF 4074 RMED

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 08:03:10

**Código da operação:** 010164036

**Chave de segurança:** KU9YVSSA61ARY99G

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**2022**

Data de Vencimento  
**20/12/2022**

Número do Documento  
**07.16.23010.6684755-7**

Pagar este documento até

**10/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000101313880  
13º salário**

Valor Total do Documento

**618,57**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	573,13	39,71	5,73	618,57
	21 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALÁRIO				
	PA:2022 Vencimento:20/12/2022				
	<b>Totais</b>	<b>573,13</b>	<b>39,71</b>	<b>5,73</b>	<b>618,57</b>

SENDÁ (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

10/01/2023 08:46:09

85870000006 5 18570385230 8 10071623010 7 66847557443 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85870000006 5 18570385230 8 10071623010 7 66847557443 2



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23010.6684755-7  
Pagar até: 10/01/2023  
Valor: 618,57

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858700000065 185703852308 100716230107 668475574432

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 618,57

**Identificação da operação:** GPS 13 TELESPARK 12.22

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023

**Código da operação:** 00680443

**Chave de segurança:** MK8Q1F9ARYHYC560

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**2022**

Data de Vencimento  
**20/12/2022**

Número do Documento  
**07.16.23010.6683656-3**

Pagar este documento até

**10/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000101313880  
13º salário**

Valor Total do Documento

**1.196,99**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	1.109,05	76,85	11,09	1.196,99
	21 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALÁRIO				
	PA: 2022 Vencimento: 20/12/2022				
	<b>Totais</b>	<b>1.109,05</b>	<b>76,85</b>	<b>11,09</b>	<b>1.196,99</b>

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85800000011 9

96990385230 0

10071623010 7

66836563101 6

CNPJ: 09.268.215/0001-62

Número: 07.16.23010.6683656-3

Pagar até: 10/01/2023

Valor: 1.196,99

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858000000119 969903852300 100716230107 668365631016

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 1.196,99

**Identificação da operação:** GPS 13 UBS AS 12.22

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023

**Código da operação:** 00683590

**Chave de segurança:** 1YLPPWYSFS7P664Q

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**2022**

Data de Vencimento  
**20/12/2022**

Número do Documento  
**07.16.23010.6682942-7**

Pagar este documento até

**10/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000101313880  
13º salário**

Valor Total do Documento

**3.532,54**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	3.273,00	226,81	32,73	3.532,54
	21 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALÁRIO				
	PA:2022 Vencimento:20/12/2022				
	<b>Totais</b>	<b>3.273,00</b>	<b>226,81</b>	<b>32,73</b>	<b>3.532,54</b>

SEND A (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

10/01/2023 08:45:37

85840000035 3 32540385230 1 10071623010 7 66829427140 3

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840000035 3 32540385230 1 10071623010 7 66829427140 3



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23010.6682942-7  
Pagar até: 10/01/2023  
Valor: 3.532,54

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858400000353 325403852301 100716230107 668294271403

<b>Convênio:</b>	DARF NUMERADO CB RFB
<b>Valor:</b>	3.532,54
<b>Identificação da operação:</b>	GPS 13 UBS SANTANA 12.22

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	10/01/2023

<b>Código da operação:</b>	00694444
<b>Chave de segurança:</b>	33N78RVG4JELSH4Z

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**2022**

Data de Vencimento  
**20/12/2022**

Número do Documento  
**07.16.23010.6907078-2**

Pagar este documento até

**10/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000101313880  
13º salário**

Valor Total do Documento

**1.608,40**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO 21 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALÁRIO PA:2022 Vencimento:20/12/2022	1.490,23	103,27	14,90	1.608,40
	<b>Totais</b>	<b>1.490,23</b>	<b>103,27</b>	<b>14,90</b>	<b>1.608,40</b>

SENDA (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

10/01/2023 09:40:38

85870000016 2 08400385230 0 10071623010 7 69070782083 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85870000016 2 08400385230 0 10071623010 7 69070782083 2



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23010.6907078-2  
Pagar até: 10/01/2023  
Valor: 1.608,40

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858700000162 084003852300 100716230107 690707820832

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 1.608,40

**Identificação da operação:** GPS 13 UBS AP 12.22

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023

**Código da operação:** 00697717

**Chave de segurança:** Z7LZR5ZS3C8HH4KX

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0087 / 00002014253-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	INGRID GONCALVES RAMOS PEREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	374.268.028-50
<b>Valor:</b>	R\$ 2.835,47
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG INGRID PEREIRA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 07:40:37

<b>Código da operação:</b>	00103066
<b>Chave de segurança:</b>	2WF1TCLR1RMEJFQ5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7427 / 00000006200-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	FABILENE CRISTINA GARCIA MAZZOCATO
<b>CPF/CNPJ:</b>	275.939.298-84
<b>Valor:</b>	R\$ 2.112,71
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG FABILENE MAZZOCAT
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 07:43:14

<b>Código da operação:</b>	00103150
<b>Chave de segurança:</b>	ALGNY2S8682G5VQ1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00083645901-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARIA ROGERLANIA DE SOUZA FERREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	083.482.204-02
<b>Valor:</b>	R\$ 2.229,98
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARIA FERREIRA UP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 16:09:40

<b>Código da operação:</b>	00165429
<b>Chave de segurança:</b>	FSHLKQMW0AP045A4

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00097623552-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MARLENE DOS SANTOS SANTIAGO
<b>CPF/CNPJ:</b>	639.924.267-34
<b>Valor:</b>	R\$ 440,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MARLENE SANTIAGO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 16:10:43

<b>Código da operação:</b>	00165601
<b>Chave de segurança:</b>	41XPFATP1NVW1CLO

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00050073317-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MATHEUS FERREIRA COSTA
<b>CPF/CNPJ:</b>	368.386.138-08
<b>Valor:</b>	R\$ 4.134,03
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG MATHEUS COSTA UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 16:11:51

<b>Código da operação:</b>	00165737
<b>Chave de segurança:</b>	JWC99JVLJ3JTMXW3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00077681848-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	POLLYANA APARECIDA ARAUJO PEREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	334.533.248-54
<b>Valor:</b>	R\$ 2.096,20
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG POLLYANA PEREIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 16:12:38

<b>Código da operação:</b>	00165869
<b>Chave de segurança:</b>	2476SN9XCGNK0ZQL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00060456659-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	RAQUEL APARECIDA DOS SANTOS MELO
<b>CPF/CNPJ:</b>	281.924.858-62
<b>Valor:</b>	R\$ 2.125,83
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG RAQUEL MELO UPA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 16:13:28

<b>Código da operação:</b>	00165975
<b>Chave de segurança:</b>	7CUU1MRP1X90U6UL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros	<b>Pagamento de Salário</b>
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0	
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente	
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA	
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53	

<b>Banco:</b>	637 - BANCO SOFISA S.A. - 60889128
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000277298-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ISABEL DE CARVALHO
<b>CPF/CNPJ:</b>	071.306.178-29
<b>Valor:</b>	R\$ 2.089,03
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	PG ISABEL CARVALHO U
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	10/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	10/01/2023 16:14:27

<b>Código da operação:</b>	00166120
<b>Chave de segurança:</b>	U8NG045WXGV7CZ76

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 3013 / 001 / 00022898-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ADRIANO DE ALMEIDA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.909,84

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 07:17:17

**Código da operação:** 100717

**Chave de segurança:** EWWTAFKVVHYE09931

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000762054469-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ALAIDE DE FARIA BRAGA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.618,31

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 07:18:13

**Código da operação:** 100718  
**Chave de segurança:** 5EHRJE7E83GKC740

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000757215971-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** DARLENE GARCIA VIANA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.663,15

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 07:19:08

**Código da operação:** 100719  
**Chave de segurança:** 11YN0AU3U0EZWASG

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000755323436-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** EDSON R DAS CHAGAS  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.529,35

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 07:20:37

**Código da operação:** 100720  
**Chave de segurança:** J10GVE5CPTATSHJM

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4847 / 1288 / 000753745193-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** GILSON JOAO DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 798,51

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:01:56

**Código da operação:** 101501  
**Chave de segurança:** G2T1FKF9A3KV5LA6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2902 / 001 / 00029142-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** WESLEY KAIQUE AMANCIO SILVA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.533,84

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:43:55

**Código da operação:** 101543

**Chave de segurança:** K9GQ0Z27TQJHPRAP

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 3013 / 001 / 00023154-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** WALQUIRIA APARECIDA RAMOS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 5.345,73

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:47:03

**Código da operação:** 101547

**Chave de segurança:** R519XTKZ5MW20HCY

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2347 / 1288 / 000757305489-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** WAGNER BARIZON GOMES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.575,01

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:47:44

**Código da operação:** 101547  
**Chave de segurança:** Q4ZL9YEJHSX6Z8GP

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1983 / 1288 / 000755477178-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** VIRGINIA APARECIDA VIEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.754,61

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:48:20

**Código da operação:** 101548  
**Chave de segurança:** T27L5VKCK7LA9GYA

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000754064071-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** THIAGO FERNANDO CARDOSO DOS SANT  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.784,43

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:48:54

**Código da operação:** 101548  
**Chave de segurança:** ROAHPQ4Z6G03NL5H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3600 / 1288 / 000757099504-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** THIAGO DE SOUZA PINHEIRO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.022,35

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:49:36

**Código da operação:** 101549  
**Chave de segurança:** E18A39TYXRUHQL5G

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 1983 / 001 / 00020907-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** THAIS APARECIDA F PRADO

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.390,90

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:50:26

**Código da operação:** 101550

**Chave de segurança:** 264V5PTV74U33NKU

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0314 / 001 / 00093106-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** TALISON LEONARDO DOS SANTOS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.943,49

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:51:32

**Código da operação:** 101551

**Chave de segurança:** 42K2YVE7GPSH9HEZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4091 / 001 / 00022214-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** SUELEN AP DA SILVA ALVES

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 4.113,54

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:52:08

**Código da operação:** 101552

**Chave de segurança:** J59E68M7U34SGYE7

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0357 / 1288 / 000757484188-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** SIMONE MIRANDA MAIA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.532,33

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:52:49

**Código da operação:** 101552  
**Chave de segurança:** HA6V8LEFN04GKJ69

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4229 / 001 / 00023778-1

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** RODRIGO SILVA LIMA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 1.954,60

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:53:54

**Código da operação:** 101553

**Chave de segurança:** 31Y8V7F56LAC52UN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2143 / 001 / 00029285-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** PAMELA APARECIDA M DE FREITAS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.809,61

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:54:38

**Código da operação:** 101554

**Chave de segurança:** E22RLJNJ75KGJ5TW

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 1400 / 001 / 00030799-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MAYARA MARQUES FARIA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.596,83

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:55:24

**Código da operação:** 101555

**Chave de segurança:** JSZGN9C6TAUJKGVN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1634 / 1288 / 000754902522-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MAURICEIA MIRANDA NOGUEIRA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 3.845,97

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:56:02

**Código da operação:** 101556  
**Chave de segurança:** YNYS3T9079JQ5X4P

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4229 / 1288 / 000752536769-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARIA DAS GRACAS D R DA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.775,94

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:57:10

**Código da operação:** 101557  
**Chave de segurança:** C84ACA0MFFV14YQ4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 3013 / 001 / 00026575-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARCIA SIMONE DE CASTILHO

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.926,42

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:57:47

**Código da operação:** 101557

**Chave de segurança:** 6TJY7H48NX5HVAEE

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2143 / 001 / 00030758-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARCIA HELENA DE FREITAS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 4.641,64

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:58:20

**Código da operação:** 101558

**Chave de segurança:** ZREJUHANL1TJZQKU

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4229 / 001 / 00022660-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** KELLEN CRISTINA AMIN

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 4.537,62

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 15:58:55

**Código da operação:** 101558

**Chave de segurança:** PMLFP9X8F3C8TQE6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2143 / 1288 / 000757340102-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JOELINDE SOUSA DE CASTRO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.782,24

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:00:00

**Código da operação:** 101600  
**Chave de segurança:** 52ZP6HJUM2L22525

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1634 / 1288 / 000753013081-2

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JAQUELINE DE SOUZA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.933,58

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:00:39

**Código da operação:** 101600  
**Chave de segurança:** FGSCMX2LW9E6R1KZ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2902 / 1288 / 000754113511-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JACKELINE MOLINA RIBEIRO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.059,55

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:02:47

**Código da operação:** 101602  
**Chave de segurança:** 8YK1V7XVQ9T4Q40Z

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4068 / 1288 / 000757027136-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JAMILLI CRISTINA VIANA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 4.239,20

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:02:11

**Código da operação:** 101602  
**Chave de segurança:** GP4E7JKY2UFF9AMS

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2902 / 001 / 00030189-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FABIANA APARECIDA S PEREIRA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.041,56

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:05:41

**Código da operação:** 101605

**Chave de segurança:** 1GVJC0EFPLLKV5P6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0351 / 001 / 00135181-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** ELIANE ALVES VITORIO

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 5.998,11

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:07:50

**Código da operação:** 101607

**Chave de segurança:** NH4PV03953LCPGKA

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2902 / 001 / 00030189-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FABIANA APARECIDA S PEREIRA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 360,00

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:07:10

**Código da operação:** 101607

**Chave de segurança:** U8UMMVXZE3PQ2033

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0300 / 1288 / 000761679624-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** EDMARA VIEIRA COUTINHO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.365,18

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:08:26

**Código da operação:** 101608  
**Chave de segurança:** 23PLP3NF01N31NP4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 4229 / 001 / 00022262-8

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** NATHAN AUGUSTO LEMES

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.264,54

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:15:15

**Código da operação:** 101615

**Chave de segurança:** JGX9LY1G8N7MEZM9

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 3013 / 1288 / 000754063556-9

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARIA DA GLORIA SANTOS AMERICO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.633,37

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:15:49

**Código da operação:** 101615  
**Chave de segurança:** WHS3KRTVNYYVYAP45

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 4091 / 1288 / 000754475356-6

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JUCELENE DE REZENDE FERNANDES  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.107,65

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:16:30

**Código da operação:** 101616  
**Chave de segurança:** FJ4VUW9SR1LMS8W9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1634 / 1288 / 000866908859-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JOSIELLEN CRISTINA B. SOUZA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 824,34

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:17:15

**Código da operação:** 101617  
**Chave de segurança:** SZRMYP27VJ1ASMSY

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2902 / 001 / 00028453-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FRANCIS RAFAEL DA SILVA PEDROSO

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.214,60

**Data de débito:** 10/01/2023

**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:18:35

**Código da operação:** 101618

**Chave de segurança:** Z07K0H0TWN5TULP4

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2902 / 1288 / 000835006431-3

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FERNANDA DE FATIMA SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.950,21

**Data de débito:** 10/01/2023  
**Data/hora da operação:** 10/01/2023 16:19:15

**Código da operação:** 101619  
**Chave de segurança:** ZKF5EUWVAKJU2TU5

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE BRUNA CARDOSO SANTOS GAS ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 05/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 120,00 DESTINATÁRIO: Incs - Instituto Nacional de Ciências da Saúde - Benedito Pereira Lima, 210 Jardim Telespark Sao Jose dos Campos-SP

NF-e

Nº. 000.008.542  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**BRUNA CARDOSO SANTOS GAS ME**

Av Professor Sebastiao Paulo de Toledo, 323 - Revenda  
Vila Industrial - 12220-380  
Sao Jose dos Campos - SP Fone/Fax: 1239128380

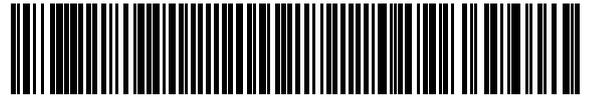
**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.008.542  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0109 5021 2800 0128 5500 1000 0085 4213 6976 2196

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

135230020738350 - 05/01/2023 11:27:46

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**Venda de combustível ou lubrificante adquirido ou recebido**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645528481112

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

09.502.128/0001-28

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**Incs - Instituto Nacional de Ciências da Saúde**

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

DATA DA EMISSÃO

05/01/2023

ENDEREÇO

**Benedito Pereira Lima, 210**

BAIRRO / DISTRITO

**Jardim Telespark**

CEP

12212-700

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

05/01/2023

MUNICÍPIO

**Sao Jose dos Campos**

UF

**SP**

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

11:27:00

FATURA / DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	120,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,72	0,00	120,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

**(9) Sem Frete**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
1	P13 KG DE GLP GAS ULTRAGAZ	27111100	060	5656	UN	1,0000	120,0000	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:  
Trib aprox Est: R\$ 18,72, Mun: R\$ 0,00  
/ Fonte: IBPT/empresometro.com.br 316341  
Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 18,72

RESERVADO AO FISCO

Simplifica a vida.

Conta digital gratuita PF e PJ, plataforma de investimentos, shopping e tudo mais que você precisar.

Baixe o app!  

inter

|077-9|

Recibo do Pagador

Beneficiário <b>09.502.128/0001-28 - BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS</b>					Vencimento <b>09/01/2023</b>
Endereço do Beneficiário <b>AVENIDA PROFESSOR SEBASTIAO PAULO DE 323 , VILA INDUSTRIAL 12220-380 - SAO JOSE DOS CAMPOS -</b>					Agência / Código do Beneficiário <b>00019/177181516</b>
Data do Documento <b>05/01/2023</b>	Nº do Documento <b>8542</b>	Espécie Documento <b>DM</b>	Aceite <b>NAO</b>	Data de Processamento <b>05/01/2023</b>	Nosso Número / Cód. do Documento <b>00019/112/0092493247-0</b>
Uso do Banco	Carteira <b>112</b>	Espécie Moeda <b>REAL</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento <b>120,00</b>
Informações de responsabilidade do beneficiário <b>MULTA DE 8% EM 10/01/2023.MORA DE 8% A PARTIR DE 10/01/2023.</b> <b>Data Limite para pagamento: 10/03/2023</b>					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador	<b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE RUA BENEDITO PEREIRA LIMA 210 JARDIM TELESPARK 12212-700 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP</b>			CNPJ/CPF: <b>09.268.215/0001-62</b>	
Beneficiário Final	<b>BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS</b>			CNPJ/CPF: <b>09.502.128/0001-28</b>	

Autenticação Mecânica

inter

|077-9| 07790.00116 12061.810706 09249.324709 9 92250000012000

Local de Pagamento <b>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO</b>					Vencimento <b>09/01/2023</b>
Beneficiário <b>09.502.128/0001-28 - BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS</b>					Agência / Código do Beneficiário <b>00019/177181516</b>
Endereço do Beneficiário <b>AVENIDA PROFESSOR SEBASTIAO PAULO DE 323 , VILA INDUSTRIAL 12220-380 - SAO JOSE DOS CAMPOS -</b>					Nosso Número / Cód. do Documento <b>00019/112/0092493247-0</b>
Data do Documento <b>05/01/2023</b>	Nº do Documento <b>8542</b>	Espécie Documento <b>DM</b>	Aceite <b>NAO</b>	Data de Processamento <b>05/01/2023</b>	(=) Valor do Documento <b>120,00</b>
Uso do Banco	Carteira <b>112</b>	Espécie Moeda <b>REAL</b>	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(-) Desconto / Abatimento
Informações de responsabilidade do beneficiário <b>MULTA DE 8% EM 10/01/2023.MORA DE 8% A PARTIR DE 10/01/2023.</b> <b>Data Limite para pagamento: 10/03/2023</b>					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador	<b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE RUA BENEDITO PEREIRA LIMA 210 JARDIM TELESPARK 12212-700 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP</b>			CNPJ/CPF: <b>09.268.215/0001-62</b>	
Beneficiário Final	<b>BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS</b>			CNPJ/CPF: <b>09.502.128/0001-28</b>	

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	07790.00116 12061.810706 09249.324709 9 92250000012000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO INTER S/A
<b>Código do Banco:</b>	077
<b>Código do ISPB:</b>	00416968
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>09.502.128/0001-28</b>
<b>Sacador Avalista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.502.128/0001-28
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	BRUNA CARDOSO DOS SANTOS GAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.502.128/0001-28
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	Incs - Instituto Nacional de Ciencias da
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	09/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	11/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	120,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,63

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	9,60
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	130,23
<b>Valor Pago (R\$):</b>	130,23
<b>Identificação do Pagamento:</b>	NF 8542 BRUNA GAS

**Data/hora da operação:** 11/01/2023 09:53:52

**Código da operação:** 011131441  
**Chave de segurança:** 1Z2RLKELX1RG2FK7

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**2022**

Data de Vencimento  
**20/12/2022**

Número do Documento  
**07.16.23011.9204526-0**

Pagar este documento até

**11/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000101313880  
13º salário**

Valor Total do Documento

**36.534,94**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	33.747,41	2.450,06	337,47	36.534,94
	21 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALÁRIO				
	PA: 2022 Vencimento: 20/12/2022				
	<b>Totais</b>	<b>33.747,41</b>	<b>2.450,06</b>	<b>337,47</b>	<b>36.534,94</b>

SENDÁ (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

11/01/2023 08:23:37

85880000365 1 34940385230 9 11071623011 2 92045260006 7

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85880000365 1 34940385230 9 11071623011 2 92045260006 7



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23011.9204526-0  
Pagar até: 11/01/2023  
Valor: 36.534,94

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858800003651 349403852309 110716230112 920452600067

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 36.534,94

**Identificação da operação:** GPS 13 UPA PONTE 12.22

**Data de débito:** 11/01/2023

**Data/hora da operação:** 11/01/2023

**Código da operação:** 00145665

**Chave de segurança:** 0T328J52FASR71AU

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
02/12/2022 14:58:44	12/2022	1696 / E	TIWaDSL6

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 15.875.353/0001-02  
Nome/Razão Social: FSO SOLUCOES EIRELI - EPP  
Endereço: RUA REPÚBLICA DO LÍBANO 295 JARDIM OSWALDO CRUZ  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP CEP: 12216-590 Telefone: (12) 3937-1837

Inscrição Municipal: 308457  
E-mail: fabio@fsosolucoes.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0024-59  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENIDA RUI BARBOSA 254 SANTANA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP CEP: 12212-000 Telefone:

Inscrição Municipal:  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviço de manutenção referente ao mês de Dezembro de 2022.  
Contrato: CLMI/0401-2022  
Unidade de atendimento: UBS SANTANA  
Equipamentos:  
1 - Software Ponto AtecSoft  
1 - Relógio de ponto - Control ID  
Valor total: R\$ 200,00  
Segundo Art. 23 do Decreto Municipal Nº. 14.726/11 da Lei Municipal, a Nota Fiscal de Serviço Eletrônica tem o prazo máximo de cancelamento ate o dia 10 do mês seguinte a sua emissão.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 951180000 - REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO DE COMPUTADORES E DE EQUIPAMENTOS PERIFÉRICOS  
Serviço: 1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,

Município da Incidência do ISSQN	Município / País da Prestação do Serviço	Responsável pelo recolhimento do ISSQN
SAO JOSE DOS CAMPOS	SAO JOSE DOS CAMPOS	PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN	Situação do prestador perante o Simples Nacional	Regime especial de tributação do ISSQN
Exigível	NÃO OPTANTE	-

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
200,00	0,00	0,00	200,00	3,000000	6,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
200,00	0,00	0,00	200,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## FSO SOLUCOES EIRELI

CNPJ: 15.875.353/0001-02

Rua Rio Grande do Sul, 37, Vila São Pedro

São José dos Campos - SP

CEP: 12216370

financeiro@fsosolucoes.com.br

(12) 3028-5274

http://fsosolucoes.com.br

### RECIBO DO PAGADOR



## 237-2

### 23792.69307 90006.973094 70000.925605 1 92000000020000

Beneficiário FSO SOLUCOES EIRELI		Agência / Código do Beneficiário 2693-0 / 0009256-8		Espécie REAL	Quantidade	Nosso Número 09/00069730970-8
Número do Documento 160576220		CPF / CNPJ 15.875.353/0001-02		Data de Vencimento 15/12/2022		Valor do Documento R\$ 200,00
(-) Descontos / Abatimentos	(-) Outras Deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros Acréscimos	(-) Valor Cobrado		
Pagador INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, CNPJ: 09.268.215/0024-59						
Instruções						Autenticação Mecânica



## 237-2

### 23792.69307 90006.973094 70000.925605 1 92000000020000

Local de pagamento Pagável em qualquer banco ou casa lotérica					Data de Vencimento 15/12/2022
Beneficiário FSO SOLUCOES EIRELI					Agência / Código do Beneficiário 2693-0 / 0009256-8
Data do Documento 08/12/2022	Nº do Documento 160576220	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 08/12/2022	Nosso Número 09/00069730970-8
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie REAL	Quantidade	Valor	Valor do Documento R\$ 200,00
Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário) Nao receber com cheque. Após o vencimento aplicar multa de R\$ 5,40 e juros de 3,33% ao mês. 1696  Fatura disponível em: asaas.com/i/5428943266661658 Cobrança intermediada por ASAAS GESTÃO FINANCEIRA - CNPJ 19.540.550/0001-21.					(-) Descontos / Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
Pagador INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, CNPJ: 09.268.215/0024-59 AVENIDA RUI BARBOSA, 2445 - CEP: 12212000 SANTANA - São José dos Campos / SP					(-) Valor Cobrado



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23792.69307 90006.973094 70000.925605 1 92000000020000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>ASAAS GESTAO FINANCEIRA S A</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ASAAS GESTAO FINANCEIRA S A</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>19.540.550/0001-21</b>
<b>Sacador Avalista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	FSO SOLUCOES EIRELI
<b>CPF/CNPJ:</b>	15.875.353/0001-02
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ASAAS GESTAO FINANCEIRA S A
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.540.550/0001-21
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA S
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	15/12/2022
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	11/01/2023
<b>Valor Nominal do Boletto:</b>	200,00
<b>Juros (R\$):</b>	5,99

<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	5,40
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	211,39
<b>Valor Pago (R\$):</b>	211,39
<b>Identificação do Pagamento:</b>	NF 1696 FSO SOLUCOES

<b>Data/hora da operação:</b>	11/01/2023 10:51:32
-------------------------------	---------------------

<b>Código da operação:</b>	011182078
<b>Chave de segurança:</b>	MG1NGYYJE8LC3F9T

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
04/01/2023 16:21:17	01/2023	1741 / E	A34bxbYaf

**EMITENTE DA NFS-e**

**FSO**

CPF/CNPJ: 15.875.353/0001-02  
Nome/Razão Social: FSO SOLUCOES EIRELI - EPP  
Endereço: RUA REPÚBLICA DO LÍBANO 295 JARDIM OSWALDO CRUZ

Inscrição Municipal: 308457  
E-mail: fabio@fsosolucoes.com.br

Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP CEP: 12216-590 Telefone: (12) 3937-1837

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: 09.268.215/0024-59  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENIDA RUI BARBOSA 254 SANTANA

Inscrição Municipal:  
E-mail:

Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP CEP: 12212-000 Telefone:

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Serviço de manutenção referente ao mês de Janeiro de 2023.  
Contrato: CLMI/0401-2022  
Unidade de atendimento: UBS SANTANA  
Equipamentos:  
1 - Software Ponto AtecSoft  
1 - Relógio de ponto - Control ID  
Valor total: R\$ 200,00  
Segundo Art. 23 do Decreto Municipal Nº. 14.726/11 da Lei Municipal, a Nota Fiscal de Serviço Eletrônica tem o prazo máximo de cancelamento ate o dia 10 do mês seguinte a sua emissão.

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 951180000 - REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO DE COMPUTADORES E DE EQUIPAMENTOS PERIFÉRICOS  
Serviço: 1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,

Município da Incidência do ISSQN	Município / País da Prestação do Serviço	Responsável pelo recolhimento do ISSQN
SAO JOSE DOS CAMPOS	SAO JOSE DOS CAMPOS	PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN	Situação do prestador perante o Simples Nacional	Regime especial de tributação do ISSQN
Exigível	NÃO OPTANTE	-

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
200,00	0,00	0,00	200,00	3,000000	6,00

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
200,00	0,00	0,00	200,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## FSO SOLUCOES EIRELI

CNPJ: 15.875.353/0001-02

Rua Rio Grande do Sul, 37, Vila São Pedro

São José dos Campos - SP

CEP: 12216370

financeiro@fsosolucoes.com.br

(12) 3028-5274

http://fsosolucoes.com.br

RECIBO DO PAGADOR

**Bradesco 237-2**

**23792.69307 90007.333611 91000.925601 1 92320000020000**

Beneficiário FSO SOLUCOES EIRELI		Agência / Código do Beneficiário 2693-0 / 0009256-8		Espécie REAL	Quantidade	Nosso Número 09/00073336191-6
Número do Documento 166962395		CPF / CNPJ 15.875.353/0001-02		Data de Vencimento 16/01/2023		Valor do Documento R\$ 200,00
(-) Descontos / Abatimentos		(-) Outras Deduções		(+ ) Mora / Multa		(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, CNPJ: 09.268.215/0024-59						
Instruções						Autenticação Mecânica

**Bradesco 237-2**

**23792.69307 90007.333611 91000.925601 1 92320000020000**

Local de pagamento Pagável em qualquer banco ou casa lotérica					Data de Vencimento 16/01/2023
Beneficiário FSO SOLUCOES EIRELI					Agência / Código do Beneficiário 2693-0 / 0009256-8
Data do Documento 05/01/2023	Nº do Documento 166962395	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 05/01/2023	Nosso Número 09/00073336191-6
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie REAL	Quantidade	Valor	Valor do Documento R\$ 200,00
Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário) Nao receber com cheque. Após o vencimento aplicar multa de R\$ 5,40 e juros de 3,33% ao mês. 1741  Fatura disponível em: asaas.com/i/0913097854146503 Cobrança intermediada por ASAAS GESTÃO FINANCEIRA - CNPJ 19.540.550/0001-21.					(-) Descontos / Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
Pagador INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, CNPJ: 09.268.215/0024-59 AVENIDA RUI BARBOSA, 2445 - CEP: 12212000 SANTANA - São José dos Campos / SP					(=) Valor Cobrado



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23792.69307 90007.333611 91000.925601 1 92320000020000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>ASAAS GESTAO FINANCEIRA S A</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>ASAAS GESTAO FINANCEIRA S A</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>19.540.550/0001-21</b>
<b>Sacador Avalista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	FSO SOLUCOES EIRELI
<b>CPF/CNPJ:</b>	15.875.353/0001-02
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	ASAAS GESTAO FINANCEIRA S A
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.540.550/0001-21
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA S
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	16/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	11/01/2023
<b>Valor Nominal do Bolet:</b>	200,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00

<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	200,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	200,00
<b>Identificação do Pagamento:</b>	NF 1741 FSO SOLUCOES

**Data/hora da operação:** 11/01/2023 10:52:54

**Código da operação:** 011183199  
**Chave de segurança:** 77K6GQTATUE0EX21

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA**  
AV SANTA MONICA, 167  
JD SANTA MONICA - 05171-000  
SAO PAULO - SP Fone/Fax: 1139068171

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.002.628  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0241 7401 4000 0183 5500 1000 0026 2810 0062 2062

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

135230252613050 - 16/02/2023 15:44:11

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDA NO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

131082320119

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

41.740.140/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**INCS INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

DATA DA EMISSÃO

16/02/2023

ENDEREÇO

**AV ANTONIO CARL COMITRE, 1393 - AND 5 SL 51**

BAIRRO / DISTRITO

**PRQ CAMPOLIM**

CEP

18047-620

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

**SOROCABA**

UF

FONE / FAX

4121186949

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

**RUA ALZIRIO LEBRAO, 76**

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO / DISTRITO

**AT PONTE**

CEP

12212-500

MUNICÍPIO

**SÃO JOSE DOS CAMPOS**

UF

FONE / FAX

SP

0000000000

FATURA / DUPLICATA

Num. 001  
Emiss. 16/02/2023  
Valor R\$ 1.537,59

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. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.537,59
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	414,70	0,00	1.537,59

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

**CARRO PROPRIO**

FRETE

**0-Por conta do Rem**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

**SÃO PAULO**

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

50

00050

36,990

36,590

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/COSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
230701	ETIQUETA CLA4356 25X63 C/3300 CLAMAR	48219000	0102	5102	CX	7,0000	62,0000	434,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
150376	GRAMPO 26/6 C/5000 GALVANIZADO CLIPSTOP	83052000	0102	5102	UN	8,0000	6,0900	48,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
160108	LACRE P/MALOTE 16CM NUMERADO C/100 AZUL	39235000	0102	5102	CT	3,0000	13,0500	39,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
230363	CAD.PROTOCOLO CORRESP. C/100FLS	48201000	0500	5405	UN	4,0000	13,9800	55,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
226456	PILHA PALITO AAA C/04 DURACEL	85061019	0102	5102	CJ	4,0000	21,9300	87,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
226241	BATERIA 3V CR2032 LITHIUM Retido na compra: BASE ICMS ST=0,00 pSt=18,00 VALOR ICMS ST=0,00	85065010	0500	5405	UN	8,0000	2,1200	16,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
220063	BATERIA 9 VOLTS ALCALINA DURACEL	85061031	0500	5405	UN	2,0000	29,2600	58,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
170191	BOBINA PIC. P/UNIT 3X8 S/FITA CR C/10000	39201010	0102	5102	PT	1,0000	174,0000	174,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
230027	ETIQUETA ROLO TERM. 100X36MM C/36MSTS	48219000	0102	5102	RL	12,0000	48,0000	576,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
310035	PAPEL A4 75G 210X297 C/500FLS CHAMEX AM Retido na compra: BASE ICMS ST=0,00 pSt=18,00 VALOR ICMS ST=0,00	48025610	0500	5405	RS	1,0000	46,6000	46,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: ENT:RUA ALZIRIO LEBRAO 76 AT PONTE SAO JOSE DOS CAMPOS/SP  
FORNECIMENTO MAT ESCRITORIO 02/2023 UPA ALTO DA PONTE GESTAO 163/17  
FIRMADO C/INCS E PREFEITURA DE SJC OC 20221203032 COMPETENCIA - 02  
DATA PEDIDO: 16/02/2023 ORC.971633  
PORTADOR: DEP237 EFIKA  
VENDEDOR: LUCIANE  
COMPRADOR: CRIS MIRANDA  
BCO 237 - AG 0055 C/C 44174-0  
Trib aprox R\$: 153,73 Federal, 260,98 Estadual e 0,00 Municipal.  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ  
Email do Destinatário: amanda.dias@incs.org.br  
Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 414,70

RESERVADO AO FISCO



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0055 / 00000044174-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.740.140/0001-83
<b>Valor:</b>	R\$ 1.537,59
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 2022123032 EFIKA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 09:57:09

<b>Código da operação:</b>	00113513
<b>Chave de segurança:</b>	AJELG3XZGTV6FYL5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 03/01/2023 08:15:33  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 42 / E  
Código de Verificação: FgJclJz5B

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 00.345.654/0001-57  
Nome/Razão Social: INTEGRA LOGISTICA EM GESTAO DE SAUDE EIRELI  
Endereço: AVENI Andrômeda 433 ANEXO:TORRE LESTE Jardim Satélite  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12230-000  
Telefone: (15) 9102-9834  
Inscrição Municipal: 436696  
E-mail: fiscal@rhhosp.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0024-59  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENI Rui Barbosa 254 Santana  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-000  
Telefone: (11) 3035-2779  
Inscrição Municipal: 435715  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Descrição do Serviço:  
Serviços prestados de gestão e logística em farmácia e almoxarifado.  
Mês e Ano do Serviço Realizado (Competência):  
12/2022  
Unidade que Serviço foi Prestado:  
UBS Santana, São José dos Campos/SP  
Número do Contrato de Gestão:  
07/2020  
Vencimento: 06/01/2023.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 866070000 - ATIVIDADES DE APOIO À GESTÃO DE SAÚDE  
Serviço: 0423 - OUTROS PLANOS DE SAUDE QUE SE CUMPRAM ATRAVES DE SERVICOS DE TERCEIROS CONTRATADOS,  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
31.700,00	0,00	0,00	31.700,00	2,000000	634,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
31.700,00	0,00	0,00	31.700,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000024008-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INTEGRA LOGISTICA EM GESTAO DE SAUDE EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.345.654/0001-57
<b>Valor:</b>	R\$ 31.700,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 42 INTEGRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 10:18:36

<b>Código da operação:</b>	00115632
<b>Chave de segurança:</b>	NY4CNW1MK2GC5Z4F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 06/01/2023 07:31:39  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 48 / E  
Código de Verificação: 9BypXsm3V

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 00.345.654/0001-57  
Nome/Razão Social: INTEGRA LOGISTICA EM GESTAO DE SAUDE EIRELI  
Endereço: AVENI Andrômeda 433 ANEXO:TORRE LESTE Jardim Satélite  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12230-000  
Telefone: (15) 9102-9834  
Inscrição Municipal: 436696  
E-mail: fiscal@rhhosp.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Descrição do Serviço:  
Serviços prestados de gestão em farmácia e almoxarifado, materiais e medicamentos  
Mês e Ano do Serviço Realizado (Competência):  
12/2022  
Unidade que Serviço foi Prestado:  
UPA Alto da Ponte, São José dos Campos/SP  
Número do Contrato de Gestão:  
163/2017  
Vencimento: 06/01/2023.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 866070000 - ATIVIDADES DE APOIO À GESTÃO DE SAÚDE  
Serviço: 0423 - OUTROS PLANOS DE SAUDE QUE SE CUMPRAM ATRAVES DE SERVICOS DE TERCEIROS CONTRATADOS,  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
55.000,00	0,00	0,00	55.000,00	2,000000	1.100,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
55.000,00	0,00	0,00	55.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000024008-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INTEGRA LOGISTICA EM GESTAO DE SAUDE EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.345.654/0001-57
<b>Valor:</b>	R\$ 55.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 48 INTEGRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 10:22:29

<b>Código da operação:</b>	00116010
<b>Chave de segurança:</b>	19A06MKLOQH24Z0Q

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE COMERCIAL ZARAGOZA IMP. E EXP. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 12/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 524,19 DESTINATÁRIO: INSTITUTO NACIONAL DA SAUDE - AVENIDA RUI BARBOSA, 254 SANTANA SAO JOSE DOS CAMPOS-SP

NF-e  
Nº. 000.022.962  
Série 002

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

COMERCIAL ZARAGOZA IMP. E EXP. LTDA

AVENIDA PEDRO FRIGGLI, 1031  
VISTA VERDE - 12223-430  
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP Fone/Fax:

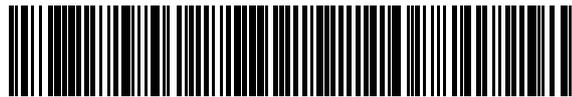
DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.022.962  
Série 002  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0105 8685 7400 0523 5500 2000 0229 6210 0446 1100

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

135230057952297 - 12/01/2023 08:44:16

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Vnd.mer.adq.rec.ter.mer.suj.sub.tri.con.con.sb. / Venda mer

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645474354117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

05.868.574/0005-23

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DA SAUDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0024-59

DATA DA EMISSÃO

12/01/2023

ENDEREÇO

AVENIDA RUI BARBOSA, 254

BAIRRO / DISTRITO

SANTANA

CEP

12212-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

12/01/2023

MUNICÍPIO

SÃO JOSE DOS CAMPOS

UF

FONE / FAX

12997641457

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

09:44:01

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
132,99	23,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,60	524,19
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,38	524,19

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

50

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

34,324

PESO LÍQUIDO

33,424

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
00000000000204511	AC REF 1KG CARAVELAS ICMS já pago via Sub.Trib. Isento ou não sujeito a IPI Operação Tributável a Alíquota Zero Operação Tributável a Alíquota Zero	17019900	060	5405	UN	20,0000	3,6700	73,40	0,00	0,00		0,00	
0000000000207966001	BOM AR AERO 360 EMB ECO, LAVANDA Sujeito a ICMS (sem mensagem) Isento ou não sujeito a IPI Operação Tributável Monofásica - Revenda a Alíquota Zero Operação Tributável Monofásica - Revenda a Alíquota Zero	33074900	200	5102	UN	4,0000	13,8000	55,20	55,20	9,94		18,00	
0000000000208593001	CAFE BRASILEIRO 500G, ALM TRAD ICMS já pago via Sub.Trib. Isento ou não sujeito a IPI Operação Tributável a Alíquota Zero Operação Tributável a Alíquota Zero	09012100	060	5405	UN	20,0000	14,9200	298,40	0,00	0,00		0,00	
00000000000202205	CHA LEO MATTE GRANEL 250G NAT ICMS já pago via Sub.Trib. Isento ou não sujeito a IPI Operação Tributável com Alíquota Básica Operação Tributável com Alíquota Básica	09030090	060	5405	UN	4,0000	4,8500	19,40	0,00	0,00		0,00	
00000000000206397	GARR UNITERMI VERONA 1.8L VERM Sujeito a ICMS (sem mensagem) Isento ou não sujeito a IPI Operação Tributável com Alíquota Básica Operação Tributável com Alíquota Básica	96170010	000	5102	UN	1,0000	68,0100	68,01	68,01	12,24		18,00	
0000000000207784001	INSET SBP 380ML EMB ECON, MULTI INSETICI Sujeito a ICMS (sem mensagem) Isento ou não sujeito a IPI Operação Tributável com Alíquota Básica Operação Tributável com Alíquota Básica	38089119	000	5102	UN	1,0000	9,7800	9,78	9,78	1,76		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: 0091626917  
Inf. fisco: 0091626917

RESERVADO AO FISCO

**VENDA BOLETO** N° : 190494332

CONDICÕES DE PAGAMENTO

STATUS: 00 --

Descrição Total Parc.  
DEPÓSITO ANTECIPADO 524,19 01

Código atendente: 20042039

Nome: CASSIANE DE FÁTIMA COSTA

Data: 03.01.2023 Hora: 09:38:50

FILIAL DE VENDA: COMERCIAL ZARAGOZA IMP E EXP LTDA

Endereço: AVENIDA PEDRO FRIGGI, 1031 CBP: 12223-430 Cidade: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS UF: SP

Telefone da loja: (12)3906--200

ENTE: 20109928 - INSTITUTO NACIONAL DA SAUDE

/ CNPJ : 09.268.215/0024-59 - RG / IE:

Endereço de Entrega: AVENIDA RUI BARBOSA, 254

Bairro: SANTANA

Endereço de Cobrança: AVENIDA RUI BARBOSA, 254

CBP: 12212-000

Cidade: SAO JOSE DOS UF: SP Telefone: (12)9976-4145

Item	Descrição do Produto	Ts	Dados Nota Fiscal	Filial Saída	Disponibilid ade	Estoque	Peso Kg	Data de entrega	UM	Qtz	Valor Unitário	Valor Total
1	AC REF 1KG CARAVELAS - USINA COLO	02	7896894900051	1103	DISPONÍVEL	20,2	10.01.2023	UN	20,000	3,57	73,40	
6001	BOM AR AERO 360 EMB ECO, LAVANDA - RECKITT BE	02	17891035325592	1103	DISPONÍVEL	1,6	10.01.2023	UN	4,000	13,40	55,20	
3001	CAFE BRASILEIRO 500G, ALM TRAD - CAFE BRASI	02	78910180001386	1103	DISPONÍVEL	10,2	10.01.2023	UN	20,000	14,49	298,40	
5	CHA LEAO MATTE GRANEL 250G NAT - LERO	02	17891098038453	1103	DISPONÍVEL	1,104	10.01.2023	UN	4,000	4,66	19,40	
7	GARR UNITERMI VERONA 1.8L VERM - UNITERMI	02	17898955019280	1103	DISPONÍVEL	0,81	10.01.2023	UN	1,000	66,03	68,01	
4001	INSET SBP 380ML EMB ECON, MULTI INSETICI - RECKITT BE	02	17891035618564	1103	DISPONÍVEL	0,41	10.01.2023	UN	1,000	9,42	9,78	

RESUMO			
TS: Tipo de Saída	Qtz	Valor Total	Filial
02-DANFE ENTREG	6	512,14	1103
		Frete	15,30
		Previsão Encomenda	
		Valor Mercadorias:	R\$ 508,89
		Frete:	R\$ 15,30
		Total:	R\$ 524,19



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0156 / 00000037929-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COMERCIAL ZARAGOZA IMP E EXP LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.868.574/0010-90
<b>Valor:</b>	R\$ 524,19
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 190494332 ZARAGO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 10:45:43

<b>Código da operação:</b>	00118516
<b>Chave de segurança:</b>	2QMLMEMFV0S7HRZ8

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA</b> AV SANTA MONICA, 167 - JD SANTA MONICA 05171-000 SAO PAULO - SP (11) 3906-8171		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b> <b>2.447</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>FOLHA 1/1</b>	 CHAVE DE ACESSO 3523 0141 7401 4000 0183 5500 1000 0024 4710 0061 7663 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 <b>VENDA NO ESTADO</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230055327055</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>131.082.320.119</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ <b>41.740.140/0001-83</b>	

<b>DESTINATÁRIO</b>		CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE (003368)</b>		<b>09.268.215/0024-59</b>	<b>11/01/2023</b>
ENDEREÇO <b>AV RUI BARBOSA, 254</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>SANTANA</b>	CEP <b>12212-000</b>	DATA DA SAÍDA
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>(12) 98844-5806</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>		CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE</b>		<b>09.268.215/0024-59</b>	
ENDEREÇO <b>AV RUI BARBOSA, 2445</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>SANTANA</b>	CEP <b>12212-000</b>	
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>0000 000 0000</b>	

<b>FATURA / DUPLICATA</b>	<b>2447/001 11/01/2023 1.502,51</b>
---------------------------	-------------------------------------

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>						
BASE CÁLC ICMS <b>0,00</b>	VALOR ICMS <b>0,00</b>	BASE CÁLC ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR ICMS ST <b>0,00</b>	TOTAL DOS PRODUTOS <b>1.502,51</b>		
VALOR FRETE <b>0,00</b>	VALOR SEGURO <b>0,00</b>	VALOR DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP <b>0,00</b>	VALOR IPI <b>0,00</b>	VALOR APROX TRIB <b>456,65</b>	TOTAL DA NOTA <b>1.502,51</b>

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>CARRO PROPRIO</b>		FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
ENDEREÇO		MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>		UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE <b>88</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>00088</b>	PESO BRUTO <b>101,910</b>	PESO LÍQUIDO <b>101,910</b>	

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
310022	PAPEL A4 75G 210X297 C/500FLS REPORT BCO Cód. Barras: 7891191003733	48025610	0500	5405	RS	30	25,50	765,00	0,00	0,00		236,84
170098	BOBINA PICOTADA 30X40 C/500UND	39234000	0102	5102	BB	2	31,00	62,00	0,00	0,00		19,40
230505	ENVELOPE SACO KRAFT NAT. 240X340 (C/250UND)	48171000	0500	5405	CX	4	77,00	308,00	0,00	0,00		95,36
201299	CORRETIVO TAPE ROLLER 5MMX5M RADEX Cód. Barras: 7897254110240	38249929	0102	5102	RL	8	9,60	76,80	0,00	0,00		15,38
250004	BLOCO ADES. JOCAR 38X50 NEON C/04	48201000	0500	5405	PT	4	7,20	28,80	0,00	0,00		11,30
151682	PINCEL MARCADOR PERMANENTE PILOT PRETO Cód. Barras: 7897424080762	96082000	0102	5102	UN	4	4,50	18,00	0,00	0,00		7,00
200316	FITILHO P/PRESENTE 5MM X 50MTS COLORIDOS	39202019	0102	5102	RL	4	24,90	99,60	0,00	0,00		22,11
158044	PORTA LAPIS/CLIPS/LEMBRETE DELLO CR 3031	39261000	0500	5405	UN	2	14,99	29,98	0,00	0,00		10,56
150252	ARQUIVO MORTO POLIIONDA AZ DELLO	39231090	0102	5102	UN	5	6,99	34,95	0,00	0,00		12,32
201351	REGUA ACRILICA 30CM CRISTAL	90172000	0102	5102	UN	1	2,30	2,30	0,00	0,00		0,48
157961	TINTA P/CARIMBO PRINTY PRETA CARBRINK 40ML	32151900	0102	5102	UN	2	3,99	7,98	0,00	0,00		0,89
150447	ALMOFADA CARIMBO C/TINTA N03 RADEX PT	96122000	0102	5102	UN	2	8,55	17,10	0,00	0,00		4,61
157702	PASTA SUSP. KRAFT COMPLETA HS PLAS DELLO	48209000	0500	5405	UN	20	2,60	52,00	0,00	0,00		20,40

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENT:AV RUI BARBOSA 2445 SANTANA SAO JOSE DOS CAMP/SP FORNECIMENTO MAT EXPEDIENTE 01/2023 UBS SANTANA GESTAO No 34/2020 FIRMADO C/INCS E PREFEITURA DE SJIC OC 20230122.2001ST PGTO ANTECIPADO COMPETENCIA 01 DATA PEDIDO: 11/01/2023 ORC.971840 PORTADOR: DEP237 EFIKA VENDEDOR: LUCIANE COMPRADOR: CRIS MIRANDA BCO 237 - AG 0055 C/C 44174-0 Trib aprox R\$: 191.84 Federal, 264.84 Estadual e 0.00 Municipal. Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ	

FKN Informatica Ltda | www.fkn.com.br

Gerado em 11/01/2023 às 17:46 pelo UniDANFE 3.8.13 Plus | www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 2.447. EMISSÃO: 11/01/2023 VALOR TOTAL: 1.502,51 DESTINATÁRIO: 003368-INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE - AV RUI BARBOSA, 2445, SANTANA, 12212-000-SAO JOSE DOS CAMPOS-SP	<b>NF-e</b> <b>2.447</b> <b>SÉRIE 1</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA  
 AV SANTA MONICA 167 - JD SANTA MONICA  
 SAO PAULO - SP - 05171-000  
 Tel: (11)2372-8209 (11)3906-8171  
 CNPJ: 41.740.140/0001.83 INSC. EST: 131082320119  
 Site: www.efikas.com.br e-mail: luciane@jfkas.com.br

INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE  
 AV RUI BARBOSA 254  
 12212-000 SANTANA SAO JOSE DOS CAMPOS SP  
 CNPJ: 09.268.215/0024-59 I.E.: ISENT0  
 A/C SR(A): CRIS MIRANDA  
 REF: ORÇAMENTO DE MATERIAIS  
 EMAIL: compras2@integralogsaude.com.br

PROPOSTA: 971.840  
 PAG: 1  
 EMISSÃO: 06/01/2023  
 COD. CLI: 003368  
 TEL: (12) 98844-5806  
 FAX:  
 VÁLIDO ATÉ: 09/01/2023  
 SEU PEDIDO:

IT	CÓDIGO	NOME DO PRODUTO	UN	QTDE	PREÇO UNIT	PREÇO TOTAL
1	310022.0	PAPEL A4 75G 210X297 C/500FLS REPORT BCO	RS	30	25,500	765,00
2	170098.0	BOBINA PICOTADA 30X40 C/500UND	BB	2	31,000	62,00
3	230505.1	ENVELOPE SACO KRAFT NAT. 240X340 (C/250UND)	CX	4	77,000	308,00
4	201299.0	CORRETIVO TAPE ROLLER 5MMX5M RADEX	RL	8	9,600	76,80
5	250004.0	BLOCO ADES. JOCAR 38X50 NEON C/04	PT	4	7,200	28,80
6	151682.0	PINCEL MARCADOR PERMANENTE PILOT PRETO	UN	4	4,500	18,00
7	200316.0	FITILHO P/PRESENTE 5MM X 50MTS COLORIDOS	RL	4	24,900	99,60
8	158044.0	PORTA LAPIS/CLIPS/LEMBRETE DELLO CR 3031	UN	2	14,990	29,98
9	150252.0	ARQUIVO MORTO POLIONDA AZ DELLO	UN	5	6,990	34,95
10	201351.0	REGUA ACRILICA 30CM CRISTAL	UN	1	2,300	2,30
11	157961.0	TINTA P/CARIMBO PRINTY PRETA CARBRINK 40ML	UN	2	3,990	7,98
12	150447.0	ALMOFADA CARIMBO C/TINTA N03 RADEX PT	UN	2	8,550	17,10
13	157702.0	PASTA SUSP. KRAFT COMPLETA HS PLAS DELLO	UN	20	2,600	52,00

FRETE R\$: 0,00 0-Remetente (CIF) VALOR TOTAL R\$: 1.502,51

\* PREÇO VALIDO PARA O DIA DE VALIDADE DA PROPOSTA \*  
 \* SUJEITO A INDISPONIBILIDADE DE ITEM, DEVIDO AO MERCADO \*  
 \* ATENTE-SE AOS PRODUTOS COTADOS, NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS  
 POR TROCAS, QUANDO ORÇAMENTO APROVADO ERRONEAMENTE \*

Cond. pagamento....: A VISTA  
 Prazo entrega.....: A COMBINAR  
 Transportadora.....: CARRO PROPRIO

Cobrança: DEP237 EFIKA  
 Vendedor: LUCIANE



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0055 / 00000044174-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.740.140/0001-83
<b>Valor:</b>	R\$ 1.502,51
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 971840 EFIKAS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 10:54:43

<b>Código da operação:</b>	00119316
<b>Chave de segurança:</b>	M1YNG6637HW2EFME

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE HYG CLEAN SUPRIMENTOS EIRELI OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.264
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

 <b>HYG CLEAN SUPRIMENTOS EIRELI</b>  RUA VICTORIO PRIMON, 151 - ANEXO 1 - LIMÃO, Sao Paulo, SP - CEP: 02550050	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> Nº 000.000.264 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>3523 0337 7210 3300 0130 5500 1000 0002 6410 3470 3007</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>5102 - VENDA</b> INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>130589769118</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. <b>130589769118</b>		CNPJ / CPF <b>37.721.033/0001-30</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CNPJ/CPF <b>09.268.215/0001-62</b>	DATA DA EMISSÃO <b>09/03/2023</b>
ENDEREÇO <b>RUA EDISSA PACHECO CARVALHO, 26 -</b>		BAIRRO/DISTRITO <b>PARQUE CAMPOLIM</b>	CEP <b>18047-631</b>
MUNICÍPIO <b>Sorocaba</b>		UF <b>SP</b>	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
FONE/FAX <b>1532331373</b>		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA

<b>FATURA</b>
/ Num.: 263 / V. Orig.: 8.395,37 / V. Liq.: 8.395,37

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
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	8.395,37	
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	8.395,37

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	3-Remetente Próprio				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VL.R. UNIT.	VL.R. TOTAL	BC ICMS	VL.R. ICMS	VL.R. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
009	PAPEL INFERFOLHA 20X21 FARDOS C/1000 FOLHAS	48183000	0102	5102	FARD	84,0000	18,4200	1.547,28					
002	PAPEL HIGIENICO 300M C/8 ROLOS	48181000	0102	5102	FD	20,0000	73,9400	1.478,80					
036	COPO DESCARTÁVEL 180ML	39241000	0102	5102	CX	15,0000	138,4800	2.077,20					
131	ESPONJA DUPLA FACE	68053090	0102	5102	UN	15,0000	0,8000	12,00					
010	SABONETE ANTI-CEPTICO GALAO DE 5 LITROS	34013000	0102	5102	GL	7,0000	59,9900	419,93					
003	PAPEL TOALHA BOBINA 200M C/6 ROLOS	48181000	0102	5102	FD	20,0000	95,3000	1.906,00					
135	LUVA SANRO SILVER LARANJA TAM. M	40151900	0102	5102	UN	3,0000	7,5900	22,77					
049	DETERGENTE NEUTRO 5L	38089429	0102	5102	GL	2,0000	15,9200	31,84					
015	SACO PARA LIXO 100L PRETO	39232190	0102	5102	PT	4,0000	87,2900	349,16					
020	ALCOOL 70% 5 LITROS	48181000	0102	5102	GL	7,0000	74,1400	518,98					
134	SACO ALVEJADO	39232190	0102	5102	UN	2,0000	4,3200	8,64					
136	LUVA SANRO LARANJA TAM. G	40151900	0102	5102	UN	3,0000	7,5900	22,77					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 03030) - VENCIMENTO 30 DIAS - DADOS BANCÁRIOS: HYG CLEAN SUPRIMENTOS EIRELI ME - CNPJ: 37.721.033/0001-30 - AG:0336 - C/C: 130050054 - SANTANDER.
---

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NÃO GERAR CRÉDITO D E ICMS E IPI - FORNECIMENTO PARA ALTO DA PONTE - LOCAL D E ENTREGA: SETOR DE ALMOXARIFADO, RUA ALZIRO LEBRÃO, 76 - A LTO DA PONTE - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP, 12212-531 - FORNEC IMENTO DE MATERIAL DE DML NO MÊS 12/2022 NA UPA ALTO DA PON TE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022 FIR MADO ENTRE INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - OC:(202212	RESERVADO AO FISCO

## Ordem de Compra Número: 20221203030

Fornecedor: HYG CLEAN SUPRIMENTOS

Contato: LUIS

Data Emissão: 08.12.22

Telefone: 1181287409

Condições Pgto: BOLETO 30 DIAS

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0010-53

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 10 DIAS

Valor Total: R\$ 8395,37

### Instruções

Enviar nota fiscal eletrônica imediatamente após a sua emissão no email: [fiscal.ponte@incs.org.br](mailto:fiscal.ponte@incs.org.br) e [compras2@integralogsaude.com.br](mailto:compras2@integralogsaude.com.br)

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzíro Lebrão, 76 - **Alto da Ponte**, São José dos Campos - SP, 12212-531.

Inscrição Estadual: ISENTA

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **DML** no mês de **12/2022** na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC20221203030 ”

M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

Estas despesas foram pagas com recurso da

NÚMERO DE PROCESSO: 20221203030			CNPJ:37.721.033/0001-30		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
PAPEL HIGIÊNICO 8 X 10 X 30	PACOTE	20		R\$ 73,94	R\$ 1.478,80
INTERFOLHA 20CM X 21CM FARDO COM 1000 FOLHAS	FARDO	84		R\$ 18,42	R\$ 1.547,28
SABONETE LÍQUIDO ANTISSEPTICO GALÃO 5 L	GALÃO	7		R\$ 59,99	R\$ 419,93
ROBINA 8 X 20 X 200 M	PACOTE	20		R\$ 95,30	R\$ 1.906,00
PACO LIXO PRETO 100 L	PACOTE	4		R\$ 87,29	R\$ 349,16
ALCOOL GEL 70% GALÃO 5 L	GALÃO	7		R\$ 74,14	R\$ 518,98
COPO DESCARTÁVEL 180 ML	CAIXA	15		R\$ 138,48	R\$ 2.077,20
DETERGENTE NEUTRO 5 L USO GERAL	GALÃO	2		R\$ 15,92	R\$ 31,84
ESPONJA DUPLA FACE	UNIDADE	15		R\$ 0,80	R\$ 12,00
PACO ALVEJADO PCT C 6	PCT	2		R\$ 4,32	R\$ 8,64
SUVA SANRO SILVER SLIM LARANJA TAMANHO M	UNIDADE	3		R\$ 7,59	R\$ 22,77
SUVA SANRO SILVER SLIM LARANJA TAMANHO G	UNIDADE	3		R\$ 7,59	R\$ 22,77
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>				R\$ 8.395,37	
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				R\$ 8.395,37	



Cristiana Miranda  
Compradora



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0336 / 00013005005-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	HYG CLEAN SUPRIMENTOS EIRELI
<b>CPF/CNPJ:</b>	37.721.033/0001-30
<b>Valor:</b>	R\$ 8.395,37
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20221203030 HYG
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 11:41:31

<b>Código da operação:</b>	00124511
<b>Chave de segurança:</b>	XR20VVYFH0LSN08U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 06/01/2023 10:48:54  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 4 / E  
Código de Verificação: uOx1nKpDc

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 19.169.320/0001-06  
Nome/Razão Social: RAFAEL DE ALMEIDA FERNANDES 22382524871  
Endereço: RUA MARIA BENEDITA 37 JARDIM SANTA JULIA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12228-314  
Telefone: ( ) -  
Inscrição Municipal: 437991  
E-mail: raffaelalmeidaf@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 CAMPOLIM  
Município / País: SOROCABA / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 18047-626  
Telefone: ( ) -  
Inscrição Municipal: 930101  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

- 01 CARIMBO AUTOMATICO DATADOR
- 01 CARIMBO BASE DE MADEIRA 6X10CM

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 182290100 - SERVIÇOS DE ENCADERNAÇÃO E PLASTIFICAÇÃO  
Serviço: 1408 - ENCADERNAÇÃO, GRAVAÇÃO E DOURAÇÃO DE LIVROS, REVISTAS E CONGENERES.  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: -  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples MEI

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
125,00	0,00	0,00	125,00		0,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
125,00	0,00	0,00	125,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número da nota fiscal substituída:  
Código da Obra:  
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00002660939-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RAFAEL DE ALMEIDA FERNANDES 22382524871
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.169.320/0001-06
<b>Valor:</b>	R\$ 125,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 4 RAFAEL FERNANDE
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 11:57:54

<b>Código da operação:</b>	00126179
<b>Chave de segurança:</b>	80VY6XZVG0YYXJJ7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
179/NFEData e Hora de Emissão  
11/01/2023 16:08:41Código de Verificação  
A248694244615896CA6F

Página 1 / 1

## PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
Município : SOROCABA - SP  
E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP

## Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Telespark, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

## Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.400,00**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

2.400,00

Alíquota (%)

2,00

Valor do ISS (R\$)

48,00

ISS Retido na Fonte (R\$)

0,00

Total Tributos: 48,00. Percentual: 2,00%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 2.400,00

Forma Pgto: A VISTA

Valor por extenso: Dois Mil Quatrocentos Reais

## Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:48,00 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

## Dados que identificam a nota

Número da Nota  
179/NFEEmissão  
11/01/2023 16:08:41Código de verificação  
A248694244615896CA6F/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 2.400,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 179 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 16:18:09

<b>Código da operação:</b>	00149178
<b>Chave de segurança:</b>	ESWW9S0MJLCL7QLV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
178/NFE

Data e Hora de Emissão  
11/01/2023 16:07:25

Código de Verificação  
A054E843C063FA3976F3

Página 1 / 1

PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
 Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
 Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
 Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
 E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
 Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
 Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
 Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
 Município : SOROCABA - SP  
 E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
 Município : CABREUVA - SP

Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022 ao INCS, na Unidade Básica de Saúde UBS Santana, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 24.000,00**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	24.000,00	2,00	480,00	0,00

Total Tributos: 480,00. Percentual: 2,00%

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 24.000,00  
 Valor por extenso: Vinte e Quatro Mil Reais

Forma Pcto: A VISTA

Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Esta nota Substitui a Nota: 174 da série: NFE Cancelada em: 11/01/2023 16:06:59
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:480,00 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
178/NFE

Emissão  
11/01/2023 16:07:25

Código de verificação  
A054E843C063FA3976F3



Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 24.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 178 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 16:20:21

<b>Código da operação:</b>	00149335
<b>Chave de segurança:</b>	TRKXHZEQ3CU8RF6Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
177/NFEData e Hora de Emissão  
11/01/2023 15:59:01Código de Verificação  
0452F30DEF66D4F8101C

Página 1 / 1

## PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
Município : SOROCABA - SP  
E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP

## Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022 ao INCS, na UBS Alto de Santana, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

## Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 4.400,00**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	4.400,00	2,00	88,00	0,00

Total Tributos: 88,00. Percentual: 2,00%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 4.400,00  
Valor por extenso: Quatro Mil Quatrocentos Reais

Forma Pcto: A VISTA

## Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:88,00 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

## Dados que identificam a nota

Número da Nota  
177/NFEEmissão  
11/01/2023 15:59:01Código de verificação  
0452F30DEF66D4F8101C/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 4.400,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 177 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	11/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	11/01/2023 16:22:32

<b>Código da operação:</b>	00149570
<b>Chave de segurança:</b>	8PCR15CG4JZJC1QQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 2902 / 1288 / 000859164184-0

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FERNANDO MOURA LEAL  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.409,99

**Data de débito:** 11/01/2023  
**Data/hora da operação:** 11/01/2023 10:02:16

**Código da operação:** 111002  
**Chave de segurança:** T72LSR0ECX4E85LQ

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0616 / 1288 / 000776924498-7

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** FRANCISCO HENRIQUE DE SOUSA PERE  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.531,42

**Data de débito:** 11/01/2023  
**Data/hora da operação:** 11/01/2023 10:03:07

**Código da operação:** 111003  
**Chave de segurança:** RRFE1P3PS3RZRPLY

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 0351 / 1288 / 000859516059-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** IVAN GONCALVES DE CASTRO  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 1.703,39

**Data de débito:** 11/01/2023  
**Data/hora da operação:** 11/01/2023 10:03:55

**Código da operação:** 111003  
**Chave de segurança:** F2AQZW7NLEAMRP88

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 2143 / 001 / 00030409-5

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** MARIA PAULA ANGELIS DA GRACA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 2.966,32

**Data de débito:** 11/01/2023

**Data/hora da operação:** 11/01/2023 10:04:39

**Código da operação:** 111004

**Chave de segurança:** ASSN9QZAP8F0VPVE

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1400 / 1288 / 000758707531-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** SARA CLAUDINO SANTIAGO SILVA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.647,68

**Data de débito:** 11/01/2023  
**Data/hora da operação:** 11/01/2023 11:44:00

**Código da operação:** 111144  
**Chave de segurança:** 59V62GFC39W6Y4UE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0  
**Conta destino:** 1199 / 1288 / 000759207606-4

Pagamento de Salário

**Nome destinatário:** JACIRA DE ALMEIDA  
**Quantidade de vezes:**  
**Valor:** R\$ 2.645,96

**Data de débito:** 11/01/2023  
**Data/hora da operação:** 11/01/2023 11:45:26

**Código da operação:** 111145  
**Chave de segurança:** SXH907TNQLU8QAMP

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

## FATURA DE LOCAÇÃO Nº 786

### Informações do Cliente

INCS - INST. NAC. DE CIE. DA SAÚDE - UPA ALTO DA PONTE

Contato: INGRID  
CNPJ: 09.268.215/0010-53

RUA ALZIRIO LEBRÃO, 76  
ALTO DA PONTE - São José dos Campos - SP - CEP: 12212-500  
Telefone: (12) 3931-5213

fiscal.ponte@incs.org.br  
ger.adm.upaponte@incs.org.br

AVENIDA SANTA CRUZ, 167 - SALA 03  
JARDIM VERA CRUZ  
Sorocaba - SP - CEP: 18050-260  
Telefone: (15) 3318-5453

### Lista dos Serviços

Descrição do Serviço	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
CARDIOVERSOR LIFEMED LIFESHOCK PRO	2,00	2.500,00	5.000,00
VENTILADOR PULMONAR VYAIRE IX5	3,00	4.000,00	12.000,00
MONITOR MULTIPARAMÉTRICO R&D MEDIQ RD12	7,00	1.700,00	11.900,00
BOMBA DE INFUSÃO LIFEMED LF SMART	6,00	500,00	3.000,00
BOMBA DE SERINGA LIFEMED LF INJECT	1,00	500,00	500,00
ELETROCARDIOGRAFO BIONET CARDIOCARE 2.000	1,00	1300,00	1.300,00
OXÍMETRO DE PULSO DE MESA PROTEC PV 4.000	2,00	600,00	1.200,00
RAIO-X FIXO (CONJUNTO RADIOLÓGICO COMPLETO)	1,00	10.000,00	10.000,00
DIGITALIZADOR DE IMAGENS DE RAIO-X AGFA CR 30 X	1,00	12.000,00	12.000,00
NOBREAK	1,00	400,00	400,00
AUTOCLAVE STERMAX	2,00	800,00	1.600,00
<b>Total:</b>			<b>58.900,00</b>
<b>Total do ISS:</b>			<b>0,00</b>

### Vencimentos 1 Parcela

Parcela	1
Vencimento	06/01/2023
Valor	58.900,00

### Outras Informações

**FATURA DE LOCAÇÃO - incluído em:** 20/12/2022 às 17:36:32

**Previsão de Faturamento:** 02/01/2023

**Projeto:** UPA ALTO DA PONTE

LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ACORDO COM O CONTRATO DE LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS, REFERENTE AO PERÍODO DE 01/12/2022 A 31/12/2022.

#### OBSERVAÇÃO:

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: BANCO 756 SICOOB AGÊNCIA 5052 C/C 203.988 - 5;  
LOCAÇÕES REFERENTES AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022 ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOSCAMPOS/SP, OBJETIVANDO O GERENCIAMENTO E O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UPA DO ALTO DA PONTE.  
EQUIPAMENTOS LOCADOS PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA DO ALTO DA PONTE.  
SITUADA NO ENDEREÇO: RUA ALZÍRIO LEBRÃO, 76 - BAIRRO ALTO DA PONTE - CEP 12212-500.



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000203988-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PATRICIA MORAES COSTA PIAYA
<b>CPF/CNPJ:</b>	14.666.079/0001-07
<b>Valor:</b>	R\$ 58.900,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	FAT 786 PIAYA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 10:35:30

<b>Código da operação:</b>	00115430
<b>Chave de segurança:</b>	ESUT649GJ5SCX6U7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE PATRICIA MORAES COSTA PIAYA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 23/12/2022 VALOR TOTAL: R\$ 4.310,00 DESTINATÁRIO: INCS - INST. NAC. DE CIE. DA SAUDE - UPA ALTO DA PONTE - RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 ALTO DA PONTE Sao Jose dos Campos-SP

NF-e  
Nº 682  
Série 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PATRICIA MORAES COSTA PIAYA

AVENIDA SANTA CRUZ, 167 - SALA 03  
JARDIM VERA CRUZ - 18050-260  
Sorocaba - SP Fone: (15) 3318-5453

DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 682  
Série 1  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3522 1214 6660 7900 0107 5500 1000 0006 8218 0432 9388

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Mercadoria Adquirida/Recebida de Terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135221806647836 - 23/12/2022 13:37:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL

669.995.363.110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

14.666.079/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INST. NAC. DE CIE. DA SAUDE - UPA ALTO DA PONTE

CNPJ / CPF

09.268.215/0010-53

DATA DA EMISSÃO

23/12/2022

ENDEREÇO

RUA ALZIRIO LEBRAO, 76

BAIRRO / DISTRITO

ALTO DA PONTE

CEP

12212-500

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

23/12/2022

MUNICÍPIO

Sao Jose dos Campos

UF

FONE / FAX

SP (12) 3931-5213

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

13:37:56

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0010-53

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA ALZIRIO LEBRAO, 76

BAIRRO / DISTRITO

ALTO DA PONTE

CEP

12212-500

MUNICÍPIO

Sao Jose dos Campos

UF

FONE / FAX

SP

FATURA / DUPLICATA

Num. 001

Venc. 23/12/2022

Valor R\$ 4.310,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.310,00	775,80	0,00	0,00	0,00	28,02	4.310,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	129,30	4.310,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA (9) Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO (KG)

PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
02.EQUIP.LF.FR EE	EQUIPO SMART FREE USO PARENTAL LIVRE DE PVC / COD: 10002593 LOTE: EQP11109918	90183929	000	5102	UN	10	50,00	500,00	500,00	90,00	0,00	18,00	0,00
02.EQUIPO.LF.F OTO	EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSAO SMART FOTO - TRIDIL / COD: 10002601 LOTE: EQP12112167	90183929	000	5102	UN	10	45,00	450,00	450,00	81,00	0,00	18,00	0,00
02.EQUIPO.LF.F	EQUIPO SMART P SIMPLES PARA BOMBA DE INFUSAO LF SMART / COD: 10002592 LOTE: EQP12114109	90183929	000	5102	UN	80	42,00	3.360,00	3.360,00	604,80	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Email do Destinatario: ger.adm.upaponte@incs.org.br  
Inf. Contribuinte: OC: 20221203033. MATERIAL ENTREGUE PARA UPA ALTO DA PONTE, LOCALIZADA NA RUA ALZIRO LEBRAO No 76 - SAO JOSE DOS CAMPOS /SP, CNPJ: 09.268.215/0010-53, CONFORME CONTRATO DE GESTAO 603/2017 ENTRE O INCS. INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS DADOS PARA PAGAMENTO: BANCO: 756 SICOOB AGENCIA 5052 CC 203.988-5.  
Produto destinado a Consumidor Final.

RESERVADO AO FISCO

517 de 957



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000203988-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PATRICIA MORAES COSTA PIAYA
<b>CPF/CNPJ:</b>	14.666.079/0001-07
<b>Valor:</b>	R\$ 4.310,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 682 PIAYA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 10:41:57

<b>Código da operação:</b>	00116138
<b>Chave de segurança:</b>	C8HA6M455VUZ77R2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
193/NFE

Data e Hora de Emissão  
12/01/2023 12:14:18

Código de Verificação  
EF5747324990888213FF

Página 1 / 1

PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
 Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
 Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
 Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
 E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
 Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
 Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
 Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
 Município : SOROCABA - SP  
 E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
 Município : CABREUVA - SP

Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Alto da Ponte, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.000,00**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	6.000,00	2,00	120,00	0,00

Total Tributos: 120,00. Percentual: 2,00%

Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 6.000,00  
 Valor por extenso: Seis Mil Reais

Forma Pgto: A VISTA

Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:120,00 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
193/NFE

Emissão  
12/01/2023 12:14:18

Código de verificação  
EF5747324990888213FF



/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 5.880,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 193 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 13:55:46

<b>Código da operação:</b>	00132840
<b>Chave de segurança:</b>	AY2QR1HEAHC1S2W7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
194/NFEData e Hora de Emissão  
12/01/2023 12:21:01Código de Verificação  
32464CFA793E5F30EF61

Página 1 / 1

## PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
Município : SOROCABA - SP  
E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP

## Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Alto de Santana, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

## Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 23.392,00**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	23.392,00	2,00	467,84	0,00

Total Tributos: 467,84. Percentual: 2,00%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 23.392,00 Forma Pcto: A VISTA  
Valor por extenso: Vinte e Três Mil Trezentos e Noventa e Dois Reais

## Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:467,84 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

## Dados que identificam a nota

Número da Nota  
194/NFEEmissão  
12/01/2023 12:21:01Código de verificação  
32464CFA793E5F30EF61/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 22.924,16
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 194 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 13:58:43

<b>Código da operação:</b>	00133085
<b>Chave de segurança:</b>	Q53S4S6HGGUFWAHN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
195/NFEData e Hora de Emissão  
12/01/2023 12:24:24Código de Verificação  
AF85E0FAAB714876554D

Página 1 / 1

## PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
Município : SOROCABA - SP  
E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP

## Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Telespark, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

## Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 17.628,60**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

17.628,60

Alíquota (%)

2,00

Valor do ISS (R\$)

352,57

ISS Retido na Fonte (R\$)

0,00

Total Tributos: 352,57. Percentual: 2,00%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 17.628,60

Forma Pcto: A VISTA

Valor por extenso: Dezesete Mil Seiscentos e Vinte e Oito Reais e Sessenta Centavos

## Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.

- Valor aproximado de Tributos: Municipal:352,57 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

## Dados que identificam a nota

Número da Nota  
195/NFEEmissão  
12/01/2023 12:24:24Código de verificação  
AF85E0FAAB714876554D/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 17.276,03
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 195 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 13:59:53

<b>Código da operação:</b>	00133186
<b>Chave de segurança:</b>	WT7ZVERKF3846Q9J

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA

Secretaria de Finanças.

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
196/NFEData e Hora de Emissão  
12/01/2023 12:26:52Código de Verificação  
3735C88CA14DC4D2501A

Página 1 / 1

## PRESTADOR

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
Município : SOROCABA - SP  
E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP

## Discriminação do Serviço

Serviços médicos prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Santana, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

## Dedução / Outras Informações

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 118.152,00**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	118.152,00	2,00	2.363,04	0,00

Total Tributos: 2.363,04. Percentual: 2,00%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 118.152,00 Forma Pcto: A VISTA  
Valor por extenso: Cento e Dezoito Mil Cento e Cinquenta e Dois Reais

## Outras Informações

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:2.363,04 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

## Dados que identificam a nota

Número da Nota  
196/NFEEmissão  
12/01/2023 12:26:52Código de verificação  
3735C88CA14DC4D2501A/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 115.788,96
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 196 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 14:00:54

<b>Código da operação:</b>	00133275
<b>Chave de segurança:</b>	AFYF8Q4HWG07L5W1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**

Nº da Nota - Serie  
**0000000551 - E**

Autenticidade  
**IG98-UBXW**

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe**

Data de Emissão .....: **12/01/2023 14:17:34**  
Competência (Serv.): **01/2023**



**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **INTECC INTELIGÊNCIA EM TECNOLOGIA DA COMPUTAÇÃO LTDA**  
Nome Fantasia: **INTECC INTELIGENCIA**  
CPF/CNPJ.....: **27.340.880/0001-00** IM: **32495** IE: Fone.:  
Endereço.....: **RUA ULHOA CINTRA DR,490 - CEP:13800061**  
Município.....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **controladoria@intecc.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
Nome Fantasia:  
CPF/CNPJ.....: **09.268.215/0001-62** IM: IE: Fone: **(11) 2236-5024**  
Endereço.....: **RUA AV ANTONIO CARLOS COMITRE,1393 ANDAR 5 SALA 51 - CEP : 18047620, PARQUE CAMPOLIM**  
Município.....: **SOROCABA** UF: **SP**  
Email.....: **contato@incs.org.br**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços em tecnologia da informação prestados do dia 28/11/2022 ao dia 31/12/2022, referente ao Contrato de Gestão no 559/22 firmado entre INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS-SP, nos seguintes equipamentos de Saúde:

UPA Alto da Ponte  
UBS Alto da Ponte UBS Altos de Santana UBS Santana  
UBS Telespark

**Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.**

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
**mogimirim.sigiss.com.br**

Situação de Tributação

**Tributada no Prestador**

Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço

**107 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.**

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

*Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na base de cálculo*

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
<b>34.100,00</b>	0,00	34.100,00	3,8878%	1.325,74	34.100,00



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000042060-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INTECC
<b>CPF/CNPJ:</b>	27.340.880/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 34.100,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 551 INTECC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 16:32:21

<b>Código da operação:</b>	00147831
<b>Chave de segurança:</b>	EA8RUL7NZVKZKQU5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

 <p><b>INTECC - INTELIGÊNCIA EM TECNOLOGIA DA COMPUTAÇÃO</b>  <b>FONE: (19)97419-6486</b>  email: contato@intecc.com.br</p>		<p><b>FATURA DE LOCAÇÃO</b></p> <p>1ª VIA DESTINATÁRIO <b>Nº 000604</b></p> <p>RUA DR. ULHOA CINTRA, 490, CENTRO  MOGI MIRIM SP  Inscrição CNPJ 27.340.880/0001-00  Inscrição Estadual 456.195.956.119 Insc. Municipal: 32495</p> <p>Natureza da Operação: <b>LOCAÇÃO</b>  Via de transporte:  Data de Emissão: <b>12/1/2023</b></p>		
<p>RUA DR. ULHOA CINTRA, 490, CENTRO - 13800-061 MOGI MIRIM - SP</p>				
<b>USUARIO FINAL OU DESTINATARIO</b>				
<b>Nome Empresa:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE				
<b>Endereço:</b> AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393, SALA 51				
<b>Município:</b> SOROCABA		<b>Estado</b> SP	<b>CEP</b> 18.047-620	
<b>Insc. CNPJ (MF)</b> 09.268.215/0001-62		<b>Inscr. Estadual</b> ISENTO	<b>Inscri. Muni.</b>	
<b>Cond. Pagamento:</b>				
Unid.	Quant.	DESCRIÇÃO	PREÇOS	
			Unitário	Total
	1	ITEM	R\$ 24,750.00	R\$ 24,750.00
<p>Locação de equipamentos de informática do dia 28/11/2022 ao dia 31/12/2022, referente ao Contrato de Gestão nº 559/22 firmado entre INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS-SP, nos seguintes equipamentos de saúde: UPA Alto da Ponte, UBS Alto da Ponte, UBS Altos de Santa, UBS Santana e UBS Telesprk</p>				
<b>VALOR TOTAL</b>			<b>R\$</b>	<b>24,750.00</b>
<b>OBSERVAÇÃO:</b>				
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO : BANCO 341 NOME DO BANCO ITAU AGÊNCIA 4522 C/C 42060-5				
<b>- ACEITE DO CLIENTE</b>				
Nº 000604		/ / Data		Carimbo/ Assinatura



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000042060-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INTECC
<b>CPF/CNPJ:</b>	27.340.880/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 24.750,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 604 INTECC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/01/2023 16:33:57

<b>Código da operação:</b>	00148061
<b>Chave de segurança:</b>	REWGWF9MQ7WWEWP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**MUNICIPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO**  
**Secretaria Municipal de Finanças**

Nº da Nota - Serie  
**000000974 - E**

Autenticidade  
**L750-XKTX**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão ....:03/01/2023 14:12:53

Competência (Serv.):01/2023



**PRESTADOR DE SERVIÇOS.**

Razão Social.: **VALE MANUTENÇÃO E INSTALAÇÃO DE GERADORES LTDA**

Nome Fantasia: **VALE GERADORES**

CPF/CNPJ.....: **31.297.134/0001-40** IM: **79781** IE: Fone: **(12)3632-7373**

Endereço.....: **Avenida Haroldo Mattos,1790,Esplanada Independência - CEP: 12040670**

Município.....: **Taubaté** UF:SP Email:

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: **09.268.215/0010-53** IM: IE: Fone: **(15) 3035-2779**

Endereço.....: **RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE**

Município.....: **SAO JOSE DOS CAMPOS** UF:SP

Email.....: **incs@incs.me.br.**

**LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Cidade.....: **SAO JOSE DOS CAMPOS**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

MANUTENÇÃO PREVENTIVA EM GRUPO DE GERADOR DE ENERGIA.

COMPETÊNCIA: 12/2022

UNIDADE: UPA ALTO DA PONTE - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP

Nº CONTRATO GESTÃO: 163/17

VENCIMENTO: 13/01/2023

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 179.235.86.251  
 Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
 do site:

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
**1401 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem,  
 manutenção e conservação de máquina**

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

*Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN*

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	569,83	5,0000%	28,49	569,83

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 569,83**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**033-7****RECIBO DO PAGADOR**

Local de Pagamento					Vencimento
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					<b>13/01/2023</b>
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
VALE MANUTENCAO E INSTALACAO DE GERADORE - 31.297.134/0001-40					<b>0734 / 000115801</b>
AV HAROLDO MATTOS, 1790 - ESPLANADA INDEPENDENCIA - CEP: 12040-670 - TAUBATE - SP					
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
03/01/2023	974	DM	Não	03/01/2023	0000000000201
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		<b>569,83</b>
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado

Pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA - 09.268.215/0010-53  
 RUA ALZIRIO LEBRAO 76  
 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-500

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

**033-7****03399.01159.80100.000001.00020.101010.9.92290000056983**

Local de Pagamento					Vencimento
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					<b>13/01/2023</b>
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
VALE MANUTENCAO E INSTALACAO DE GERADORE - 31.297.134/0001-40					<b>0734 / 000115801</b>
AV HAROLDO MATTOS, 1790 - ESPLANADA INDEPENDENCIA - CEP: 12040-670 - TAUBATE - SP					
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
03/01/2023	974	DM	Não	03/01/2023	0000000000201
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		<b>569,83</b>
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado

Pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA - 09.268.215/0010-53  
 RUA ALZIRIO LEBRAO 76  
 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-500

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.01159 80100.000001 00020.101010 9 92290000056983
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VALE MANUTENCAO E INSTALACAO DE GERADORE</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VALE MANUTENCAO E INSTALACAO DE GERADORE</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>31.297.134/0001-40</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	13/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	13/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	569,83
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	569,83
<b>Valor Pago (R\$):</b>	569,83

**Identificação do Pagamento:** NF 974 VALE GERADORES

**Data/hora da operação:** 13/01/2023 08:54:34

**Código da operação:** 013092691

**Chave de segurança:** 6FP12VZH6WW6HYTN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 11/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 592</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
592	2,65	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	DOIS REAIS E SESENTA E CINCO CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE  Total Benefícios.....R\$ 156,00  Total Geral do boleto referente ao pedido 2111 R\$ 158,65	2,65	2,65

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b>	R\$	2,65	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>	
	<b>Alíquota Simples:</b>	%	2,00		
	<b>ISS Incluso</b>	R\$	----		R\$ 2,65

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
MBOJD91H	R2AU6LG9	ZH06BP5G	WEM3CYST
UXOJEQLG	WQWG94K1	XALNMQ5M	G0X44M4G
UYNG1RI1	AL629AKD	6UBN1LDO	8QLRDCBW
KO8NHP7J	UFXR0H9D	CFMESIRE	AS838D0I

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 592 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
MBOJD91H	R2AU6LG9	ZH06BP5G	WEM3CYST
UXOJEQLG	WQWG94K1	XALNMQ5M	G0X44M4G
UYNG1RI1	AL629AKD	6UBN1LDO	8QLRDCBW
KO8NHP7J	UFXR0H9D	CFMESIRE	AS838D0I

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE  
NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Planilha1

CPF	Funcionário	Dt. Nasc.	Cod. Benefício	Benefício	Número Cartão	Matricula
032.520.310-51	Lucas Fernando Gonçalves Cabral	30/10/1995	26	123 - VIACAO	0	
062.541.548-54	Luiz Fernando Gramacho do Espirito Santo	24/11/1966	26	123 - VIACAO	0	

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## Planilha1

<b>Local de Trabalho</b>	<b>Departamento</b>	<b>Qtde</b>	<b>Qtde Diaria</b>	<b>Valor Unit.</b>	<b>Turno</b>	<b>Dias</b>	<b>Vl. Total</b>
UBS Altos de S	GERAL	12	2	5,2	SEG A SEX	6	62,4
UBS Altos de S	GERAL	18	2	5,2	SEG A SEX	9	93,6

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Planilha1

<b>Total</b>
156

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00018.587238 79958.030003 1 92290000015865

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>13/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 11/01/2023	Núm. do documento 592	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 11/01/2023	Nosso Número 157 / 00000185 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>158,65</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00018.587238 79958.030003 1 92290000015865

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>13/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 11/01/2023	Núm. do documento 592	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 11/01/2023	Nosso Número 157 / 00000185 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>158,65</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00018.587238 79958.030003 1 92290000015865
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	13/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	13/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	158,65
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	158,65
<b>Valor Pago (R\$):</b>	158,65

**Identificação do Pagamento:** VT AVULSO AS 01.23

**Data/hora da operação:** 13/01/2023 09:50:10

**Código da operação:** 013134798

**Chave de segurança:** 2FMRMA1ZR2TU8SW1

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 11/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 593</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
593	5,63	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	R. ALZIRIO LEBRAO, 76 - ALTO DA PONTE		
<b>MUNICÍPIO</b>	SÃO JOSE DOS CAMPOS UF: SP CEP: 12512-500		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0010-53		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	CINCO REAIS E SESSENTA E TRES CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE  Total Benefícios.....R\$ 331,10 Repasse.....R\$ 3,28  Total Geral do boleto referente ao pedido 8076 R\$ 340,01	5,63	5,63

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b> R\$ 5,63 <b>Alíquota Simples:</b> % 2,00 <b>ISS Incluso</b> R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 5,63
-----------------------------	--	--

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
YFMZ4KTD	40IF7N9Z	O0MTI6XC	L5LAKH6V
W9DCSMP3	PRDUSHUO	GR99OH6H	SDGOIOBY
UO3TSXB0	RHPI3YFE	A0G1C7UX	GJA8S3SD
WBNSTSSL	5D52HLVG	0UGE9ZGB	SQ1Q5MWA

Corte na Linha Pontilhada

Assinatura Digital NFE No 593 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
YFMZ4KTD	40IF7N9Z	O0MTI6XC	L5LAKH6V
W9DCSMP3	PRDUSHUO	GR99OH6H	SDGOIOBY
UO3TSXB0	RHPI3YFE	A0G1C7UX	GJA8S3SD
WBNSTSSL	5D52HLVG	0UGE9ZGB	SQ1Q5MWA

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE  
NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Período de 16/01/2023 até 31/01/2023

**Empresa: ALTO DA PONTE**

CNPJ: 09.268.215/0010-53

**Pedido Nro.: 8076****Matrícula:**

CPF:234.457.588-08

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ADRIANA PEREIRA DUTRA**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Departamento:** GERAL**QTD**

0

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

0,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:370.617.238-07

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ADRIANO DE ALMEIDA**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Departamento:** GERAL**QTD**

0

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

0,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:** 1

CPF:443.516.878-27

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ANA MARIA DIONIZIO**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Departamento:** GERAL**QTD**

0

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

0,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:** 1

CPF:260.858.378-44

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ANDREA ALBINO**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Departamento:** GERAL**QTD**

0

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

0,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:098.533.628-56

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ANGELA APARECIDA CUSTÓDIO**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Departamento:** GERAL**QTD**

0

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

0,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:** 1

CPF:222.098.368-40

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** claudineia aparecida b herculano**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Departamento:** GERAL**QTD**

0

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** EDNALVA ALMEIDA  
**CPF:**803.421.913-49 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** EDSON RODRIGUES DAS CHAGAS  
**CPF:**040.905.308-22 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** FABIANA APARECIDA DOS SANTOS PEREIRA  
**CPF:**327.772.878-13 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** FERNANDA APARECIDA DE OLIVEIRA  
**CPF:**438.783.418-81 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00
JTU - MUNICIPAL JACAREI	0	4,80	0,00
VIACAO JACAREI - JACAREI X SAO JOSE DOS CAMPOS ( VIA DUTRA) - VTE	0	5,05	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** FERNANDA DE FATIMA SILVA  
**CPF:**308.739.578-14 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** FERNANDO MOURA LEAL  
**CPF:**044.083.683-26 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** GEORGINA DA CONCEIÇÃO TEIXEIRA DE CAMARGO  
**CPF:**340.643.738-98 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 11 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	22	5,20	114,40
JTU - MUNICIPAL JACAREI	22	4,80	105,60

VIACAO JACAREI - JACAREI X SAO JOSE DOS  
CAMPOS ( VIA DUTRA) - VTE

22

5,05

111,10

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** Gisele Aparecida Martins Ramos**CPF:**353.563.178-59**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** GIULIA RIBEIRO FRANÇA**CPF:**443.471.298-58**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** HELENA MARIA SANTOS DE OLIVEIRA**CPF:**299.161.318-13**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** ISABEL DE CARVALHO**CPF:**071.306.178-29**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** ISABELLE SANTOS MAGALHÃES**CPF:**333.843.358-13**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** IVAN GON?ALVES DE CASTRO**CPF:**085.399.396-30**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** JAMILLI CRISTINA VIANA**CPF:**383.354.328-05**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

JTU - MUNICIPAL JACAREI

0

4,80

0,00

VIACAO JACAREI - JACAREI X SAO JOSE DOS  
CAMPOS ( VIA DUTRA) - VTE

0

5,05

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** JAQUELINE DE SOUZA PEREIRA**CPF:**846.679.407-78**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** Josiellen Cristina Bernardo Souza**CPF:**403.339.838-40**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** JUCELENE DE REZENDE FERNANDES**CPF:**367.658.588-73**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:****Nome:** JULIA DE SOUZA SANTOS RAMOS**CPF:**445.215.918-41**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** JULIANA APARECIDA VIEIRA SILVA**CPF:**270.760.178-06**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** Larissa Tuany de Souza Oliveira**CPF:**396.702.708-20**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1**Nome:** LUCAS DA SILVEIRA COELHO**CPF:**379.981.438-86**Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** MÁRCIA HELENA DE FREITAS  
**CPF:**032.759.077-78 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** MARIA PAULA ANGELIS DA GRACA  
**CPF:**420.156.998-56 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** MARIA REGINA ROSA CHAGAS  
**CPF:**072.408.328-64 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Nome:** MARIA ROGERLÂNIA SOUZA FERREIRA  
**CPF:**083.482.204-02 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** MAURICEIA MIRANDA NOGUEIRA  
**CPF:**279.675.868-08 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** MAYARA MARQUES FARIA  
**CPF:**442.190.848-78 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** PAULO HENRIQUE LACERDA BARBOSA  
**CPF:**016.049.767-13 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** POLLYANA APARECIDA ARA?JO PEREIRA

CPF:334.533.248-54

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula: 1

Nome: REGINA PEREIRA DA SILVA

CPF:103.198.998-61

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula:

Nome: ROSA MARIA DE FREITAS MIRANDA

CPF:150.063.478-64

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula:

Nome: ROSEMEIRE ALVES DE SOUZA

CPF:510.079.405-49

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula: 1

Nome: SILVANA GUEDES DOS SANTOS

CPF:098.427.148-10

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula:

Nome: SIMONE BARBOSA PINTO

CPF:325.983.738-80

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula: 1

Nome: TATIANA FERREIRA TURIBIO

CPF:338.942.158-01

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

0

5,20

0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula:

Nome: TATIANE CORREA SANTORO

CPF:397.187.348-05

Local de Trabalho: ALTO DA PONTE

Escala: GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: GERAL

Benefício

QTD

Valor Unitário

Total

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA 0 5,20 0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** TAUANE LEITE DE OLIVEIRA  
**CPF:** 398.743.808-88 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** THIAGO FERNANDO C DOS SANTOS  
**CPF:** 424.351.668-50 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** VICEN?A PAULA DOS SANTOS DE OLIVEIRA  
**CPF:** 798.546.213-91 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** WHITNEI FELICIANO DOS SANTOS  
**CPF:** 359.393.648-88 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** 1 **Nome:** WILLIAN RAMOS PAULINO  
**CPF:** 474.241.458-60 **Local de Trabalho:** ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 0 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** GERAL

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	0	5,20	0,00

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Total Benefícios:</b>	R\$ 331,10
<b>Taxa Administrativa:</b>	R\$ 5,63
<b>Taxa Adm. Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Emissão Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Outras Taxas:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa de Entrega:</b>	R\$ 0,00
<b>Repasse:</b>	R\$ 3,28
<b>Taxa Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Desconto Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Total Geral:</b>	R\$ 340,01

Emissão: 11/01/2023 12:54

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00018.667238 79958.030003 9 92290000034001

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>13/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 11/01/2023	Núm. do documento 593	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 11/01/2023	Nosso Número 157 / 00000186 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>340,01</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C <b>CNPJ/CPF:</b> R ALZIRIO LEBRAO 76 , 12212500 - AT PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00018.667238 79958.030003 9 92290000034001

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>13/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 11/01/2023	Núm. do documento 593	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 11/01/2023	Nosso Número 157 / 00000186 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>340,01</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C <b>CNPJ/CPF:</b> R ALZIRIO LEBRAO 76 , 12212500 - AT PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>



Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00018.667238 79958.030003 9 92290000034001
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	13/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	13/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	340,01
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	340,01
<b>Valor Pago (R\$):</b>	340,01

**Identificação do Pagamento:** VT AVULSO UPA PONTE 01.23

**Data/hora da operação:** 13/01/2023 09:51:17

**Código da operação:** 013135646

**Chave de segurança:** JRKF84VRY4VQWKKA

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>EFIKAs</b> <b>EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA</b> AV SANTA MONICA, 167 - JD SANTA MONICA 05171-000 SAO PAULO - SP (11) 3906-8171		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b> <b>2.470</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>FOLHA 1/1</b>	 CHAVE DE ACESSO 3523 0141 7401 4000 0183 5500 1000 0024 7010 0061 8250 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 <b>VENDA ST</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230083716414</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 131.082.320.119	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ 41.740.140/0001-83	

<b>DESTINATÁRIO</b>		CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE (003368)</b>		<b>09.268.215/0024-59</b>	<b>17/01/2023</b>
ENDEREÇO <b>AV RUI BARBOSA, 254</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>SANTANA</b>	CEP <b>12212-000</b>	DATA DA SAÍDA
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>(12) 98844-5806</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>		CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE</b>		<b>09.268.215/0024-59</b>	
ENDEREÇO <b>AV RUI BARBOSA, 2445</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>SANTANA</b>	CEP <b>12212-000</b>	
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>0000 000 0000</b>	

<b>FATURA / DUPLICATA</b>			
2470/001 17/01/2023 459,00			

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE CÁLC ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE CÁLC ICMS ST 0,00	VALOR ICMS ST 0,00	TOTAL DOS PRODUTOS 459,00	
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP 0,00	VALOR IPI 0,00	TOTAL DA NOTA 459,00

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>CARRO PROPRIO</b>	FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
ENDEREÇO	MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE <b>1</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>00001</b>	PESO BRUTO <b>1,000</b>	PESO LÍQUIDO <b>1,000</b>

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
226053	HD EXTERNO 1TB WESTERN DIGITAL WD	84717010	0500	5405	UN	1	459,00	459,00	0,00	0,00	

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENT:AV RUI BARBOSA 2445 SANTANA SAO JOSE DOS CAMP/SP DATA PEDIDO: 16/01/2023 ORC.970825 PORTADOR: DEP237 EFIKA VENDEDOR: LUCIANE COMPRADOR: CRIS MIRANDA Operacao sujeita a substituicao tributaria conforme art 313-Z do RICMS/SP BCO 237 - AG 0055 C/C 44174-0	

FKN Informatica Ltda | www.fkn.com.br

Gerado em 17/01/2023 às 11:10 pelo UniDANFE 3.8.13 Plus | www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 2.470. EMISSÃO: 17/01/2023 VALOR TOTAL: 459,00 DESTINATÁRIO: 003368-INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE - AV RUI BARBOSA, 2445, SANTANA, 12212-000-SAO JOSE DOS CAMPOS-SP	<b>NF-e</b> <b>2.470</b> <b>SÉRIE 1</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA  
 AV SANTA MONICA 167 - JD SANTA MONICA  
 SAO PAULO - SP - 05171-000  
 Tel: (11)2372-8209 (11)3906-8171  
 CNPJ: 41.740.140/0001.83 INSC. EST: 131082320119  
 Site: www.efikas.com.br e-mail: luciane@jfkas.com.br

INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DE SAUDE  
 AV RUI BARBOSA 254  
 12212-000 SANTANA SAO JOSE DOS CAMPOS SP  
 CNPJ: 09.268.215/0024-59 I.E.: ISENT0  
 A/C SR(A): CRIS MIRANDA  
 REF: ORÇAMENTO DE MATERIAIS  
 EMAIL: compras2@integralogsaude.com.br

PROPOSTA: 970.825  
 PAG: 1  
 EMISSÃO: 11/11/2022  
 COD. CLI: 003368  
 TEL: (12) 98844-5806  
 FAX:  
 VÁLIDO ATÉ: 14/11/2022  
 SEU PEDIDO:

IT	CÓDIGO	NOME DO PRODUTO	UN	QTDE	PREÇO UNIT	PREÇO TOTAL
1	226053.0	HD EXTERNO 1TB WESTERN DIGITAL WD	UN	1	459,000	459,00

FRETE R\$: 0,00 0-Remetente (CIF) VALOR TOTAL R\$: 459,00

\* PREÇO VALIDO PARA O DIA DE VALIDADE DA PROPOSTA \*  
 \* SUJEITO A INDISPONIBILIDADE DE ITEM, DEVIDO AO MERCADO \*  
 \* ATENTE-SE AOS PRODUTOS COTADOS, NÃO NOS RESPONSABILIZAMOS  
 POR TROCAS, QUANDO ORÇAMENTO APROVADO ERRONEAMENTE \*

Cond. pagamento.....: A VISTA  
 Prazo entrega.....: A COMBINAR  
 Transportadora.....: CARRO PROPRIO

Cobrança: DEP237 EFIKA  
 Vendedor: LUCIANE

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0055 / 00000044174-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.740.140/0001-83
<b>Valor:</b>	R\$ 459,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 970825 EFIKAS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 08:47:36

<b>Código da operação:</b>	00106886
<b>Chave de segurança:</b>	V8RR55XMUPUH3XX3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREÍ</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</b>			Número da Nota <b>109</b>		
				Data de Emissão <b>14/02/2023</b>		
				Código de Verificação * <b>3IHA-NB06</b>		
				Série <b>NE</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>						
CPF/CNPJ: <b>37.616.764/0001-16</b> Inscrição Municipal: <b>70973</b> Nome/Razão Social: <b>FERNANDO DOS SANTOS SILVA 22405315840</b> Endereço: <b>Rua CAMILO CASTELO BRANCO 93 - - JARDIM SANTA MARINA - CEP: 12312535</b> Município: <b>JACAREI</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>fernando.bombeirosantos@gmail.com</b>						
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>						
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0024-59</b> Inscrição Municipal: Endereço: <b>Avenida RUI BARBOSA 254 - - SANTANA - CEP: 12212000</b> Município: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>contato@incs.org.br</b>						
<b>ITEM DA LISTA DE SERVIÇO DO MUNICÍPIO</b>						
<b>8599604 - 8599604 - TREINAMENTO EM DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E GERENCIAL</b>						
<b>LISTA DE SERVIÇOS ANEXA À LEI COMPLEMENTAR Nº 116, DE 31 DE JULHO DE 2003</b>						
<b>08.02 - Instrução, treinamento, orientação pedagógica e educacional, avaliação de conhecimentos de qualquer natureza, inclusive pelo sistema EAD.</b>						
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO DIA 14/02/2023, EM SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>						
Referente ao Plano de Emergência e Brigada de Incêndio da UBS Santana, conforme orçamento 017/2023. Dados bancários: Banco Inter - 077 Ag 0001 CC 6981925-4 Fernando dos Santos Silva CNPJ 37.616.764/0001-16 PIX 37.616.764/0001-16 OBS.: NF paga.						
Valor do Serviço <b>R\$ 800,00</b>		Deduções <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incond. <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 800,00</b>	Alíquota (%) <b>0,00</b>	Valor do ISS (R\$) <b>0,00</b>
Desconto Cond. <b>R\$ 0,00</b>	Retenção INSS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção PIS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção COFINS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Retenção IRRF <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 800,00</b>						
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 800,00</b>						
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>						
- Empresa MEI, Optante pelo SIMEI  - Tributação no Município de JACAREI - SP pelo Prestador: FERNANDO DOS SANTOS SILVA 22405315840						

\*A autenticidade desta Nota Fiscal deverá ser confirmada no site da Prefeitura.

**ORÇAMENTO 017/2023.**

**Jacareí, 10 de janeiro de 2023.**

**A/C Sra. Flávia.**

**Local: USB SJC – Unidade Rui Barbosa, 2455.**

**ASSUNTO: Curso de Brigada de Incêndio e Plano de Emergência.**

**Prezada Sra. Flávia,**

Atendendo à solicitação de V.S<sup>a</sup>., apresentamos nosso orçamento para sua apreciação.

**1- DO OBJETIVO:**

Este orçamento visa atender aos documentos exigidos pelo Corpo de Bombeiros, para obtenção do AVCB:

- Elaboração de Plano de Emergência;
- Curso de Brigada de Incêndio.

**2- LEIS E NORMAS APLICADAS:**

- Decreto Estadual 63.911/18 e ITCB 16/2019

**3- NECESSIDADES E EXIGENCIAS PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

- Acessibilidade ao estabelecimento em horário comercial e sem restrições;

**4- PRAZO DE CONCLUSÃO DO SERVIÇO:**

- **Curso:** a combinar uma data entre as partes.

**5- VALORES E FORMA DE PAGAMENTO:**

Serviços supracitados	R\$ 800,00
<b>Total dos serviços</b>	<b>R\$ 800,00</b>

- 1. Esta proposta/orçamento tem validade de 15 dias;**
- 2. Pagamento: após a emissão do AVCB.**

FERNANDO DOS SANTOS  
SILVA:22405315840

Assinado de forma digital por  
FERNANDO DOS SANTOS  
SILVA:22405315840  
Dados: 2023.01.10 15:38:15 -03'00'

Engenheiro Civil



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000982017-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PREVMAX BOMBEIROS
<b>CPF/CNPJ:</b>	224.053.158-40
<b>Valor:</b>	R\$ 800,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 017 PREVIMAX
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 09:47:56

<b>Código da operação:</b>	00111865
<b>Chave de segurança:</b>	E7QX0R3123TLTWK2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA DA FAZENDA



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e  
07/01/2023 14:59:56

Competência da NFS-e  
01/2023

DADOS DA NFS-e  
Número / Série  
483 / U

Código de Verificação  
QdXYBX5He

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:  
42.124.376/0001-58  
Nome/Razão Social:  
CAPITAL CONTABILIDADE LTDA

Inscrição Municipal:  
394486  
E-mail:  
RAFASOUZASALES@GMAIL.COM

Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO 287 SALA 31 ANDAR 3 REGIAO CENTRO

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18035-001 (15) 8176-4442

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:  
09.268.215/0001-62  
Nome/Razão Social:  
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 Sala 51 PARQUE CAMPOLIM

Inscrição Municipal:  
000301643  
E-mail:  
administrativo@incs.org.br

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18047-620 (15) 3357-6906

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços de Contabilidade prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 Horas do Alto da Ponte, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Valor: 3.000,00  
Vencimento: 10/01/2023  
Dados Bancários:  
CNPJ: 42.124.376/0001-58  
Banco: 336 - BANCO C6 S.A.  
Ag.: 0001 CC: 8008258-0

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 692060100 - ATIVIDADES DE CONTABILIDADE

Serviço: 1719 - CONTABILIDADE, INCLUSIVE SERVICOS TECNICOS E AUXILIARES.

Município da Incidência do ISSQN  
SOROCABA

Município / País da Prestação do Serviço  
SOROCABA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN  
PRESTADOR

Exigibilidade do ISSQN  
Exigível

Situação do prestador perante o Simples Nacional  
OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN  
Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
3.000,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
3.000,00	0,00	0,00	3.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008008258-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CAPITAL CONTABILIDADE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.124.376/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 3.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 483 CAPITAL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 09:53:02

<b>Código da operação:</b>	00112466
<b>Chave de segurança:</b>	3UPSNYV824VC7Y1A

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador



**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 07/01/2023 15:09:36  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 487 / U  
Código de Verificação: FEjuEPbtH

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ:  
42.124.376/0001-58  
Nome/Razão Social:  
CAPITAL CONTABILIDADE LTDA

Inscrição Municipal:  
394486  
E-mail:  
RAFASOUZASALES@GMAIL.COM

Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO 287 SALA 31 ANDAR 3 REGIAO CENTRO

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18035-001 (15) 8176-4442

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ:  
09.268.215/0001-62  
Nome/Razão Social:  
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 Sala 51 PARQUE CAMPOLIM

Inscrição Municipal:  
000301643  
E-mail:  
administrativo@incs.org.br

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18047-620 (15) 3357-6906

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Serviços de Contabilidade prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Santana, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Valor: 500,00  
Vencimento: 10/01/2023  
CNPJ: 42.124.376/0001-58 Banco: 336 - BANCO C6 S.A. Ag.: 0001 CC: 8008258-0

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 692060100 - ATIVIDADES DE CONTABILIDADE

Serviço: 1719 - CONTABILIDADE, INCLUSIVE SERVICOS TECNICOS E AUXILIARES.

Município da Incidência do ISSQN  
SOROCABA

Município / País da Prestação do Serviço  
SOROCABA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN  
PRESTADOR

Exigibilidade do ISSQN  
Exigível

Situação do prestador perante o Simples Nacional  
OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN  
Simples Nacional

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
500,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
500,00	0,00	0,00	500,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008008258-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CAPITAL CONTABILIDADE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.124.376/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 500,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 487 CAPITAL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 09:55:08

**Código da operação:** 00112669  
**Chave de segurança:** 1W5RVJ8N2Z9EU2A6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador



Data e Hora de Emissão da NFS-e  
07/01/2023 15:05:19

Competência da NFS-e  
01/2023

DADOS DA NFS-e  
Número / Série  
484 / U

Código de Verificação  
zOTBUtdTT

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:  
42.124.376/0001-58  
Nome/Razão Social:  
CAPITAL CONTABILIDADE LTDA

Inscrição Municipal:  
394486  
E-mail:  
RAFASOUZASALES@GMAIL.COM

Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO 287 SALA 31 ANDAR 3 REGIAO CENTRO

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18035-001 (15) 8176-4442

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:  
09.268.215/0001-62  
Nome/Razão Social:  
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 Sala 51 PARQUE CAMPOLIM

Inscrição Municipal:  
000301643  
E-mail:  
administrativo@incs.org.br

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18047-620 (15) 3357-6906

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços de Departamento Pessoal prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 Horas do Alto da Ponte, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Valor: 9.500,00  
Vencimento: 10/01/2023  
CNPJ: 42.124.376/0001-58  
Banco: 336 - BANCO C6 S.A.  
Ag.: 0001 CC: 8008258-0

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 692060100 - ATIVIDADES DE CONTABILIDADE

Serviço: 1719 - CONTABILIDADE, INCLUSIVE SERVICOS TECNICOS E AUXILIARES.

Município da Incidência do ISSQN  
SOROCABA

Município / País da Prestação do Serviço  
SOROCABA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN  
PRESTADOR

Exigibilidade do ISSQN  
Exigível

Situação do prestador perante o Simples Nacional  
OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN  
Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
9.500,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
9.500,00	0,00	0,00	9.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008008258-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CAPITAL CONTABILIDADE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.124.376/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 9.500,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 484 CAPITAL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 09:56:51

<b>Código da operação:</b>	00112845
<b>Chave de segurança:</b>	P1G5HZA2UUF9ZV1Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador



Data e Hora de Emissão da NFS-e  
07/01/2023 15:11:01

Competência da NFS-e  
01/2023

DADOS DA NFS-e  
Número / Série  
488 / U

Código de Verificação  
Fo2dq1w9E

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:  
42.124.376/0001-58  
Nome/Razão Social:  
CAPITAL CONTABILIDADE LTDA

Inscrição Municipal:  
394486  
E-mail:  
RAFASOUZASALES@GMAIL.COM

Endereço: RUA SETE DE SETEMBRO 287 SALA 31 ANDAR 3 REGIAO CENTRO

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18035-001 (15) 8176-4442

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:  
09.268.215/0001-62  
Nome/Razão Social:  
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 Sala 51 PARQUE CAMPOLIM

Inscrição Municipal:  
000301643  
E-mail:  
administrativo@incs.org.br

Município / País:  
SOROCABA / BRASIL

UF: CEP: Telefone:  
SP 18047-620 (15) 3357-6906

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços de DEPARTAMENTO PESSOAL prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Santana, referente ao contrato de gestão de nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Valor: 1.350,00  
Vencimento: 10/01/2023  
CNPJ: 42.124.376/0001-58 Banco: 336 - BANCO C6 S.A.  
Ag.: 0001 CC: 8008258-0

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 692060100 - ATIVIDADES DE CONTABILIDADE

Serviço: 1719 - CONTABILIDADE, INCLUSIVE SERVICOS TECNICOS E AUXILIARES.

Município da Incidência do ISSQN  
SOROCABA

Município / País da Prestação do Serviço  
SOROCABA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN  
PRESTADOR

Exigibilidade do ISSQN  
Exigível

Situação do prestador perante o Simples Nacional  
OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN  
Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
1.350,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
1.350,00	0,00	0,00	1.350,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:





## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008008258-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CAPITAL CONTABILIDADE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.124.376/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 488,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 488 CAPITAL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 10:23:36

<b>Código da operação:</b>	00115587
<b>Chave de segurança:</b>	RATEL8Y7QPFYT91M

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00008008258-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CAPITAL CONTABILIDADE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.124.376/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 862,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	REST NF 488 CAPITAL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	13/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	13/01/2023 10:26:51

<b>Código da operação:</b>	00115887
<b>Chave de segurança:</b>	J06NYPOSE45YNTPG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 23</b>					
125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA JOSÉ VENÂNCIO NOGUEIRA 458		VILA SANTOS							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
CAÇAPAVA		SP		12.280-028		87253/185-SP		271.506.438-17	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
21/03/1978		MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 4.233,00		01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 0/dias salário (líquido de 6/faltas e DSR)	R\$ -222,26	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 46,92	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 11/12 avos	R\$ 4.350,70
66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 1.450,23	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 5.625,59</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 0,00	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00
14.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 0,00</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 5.625,59</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 23</b>					
125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA JOSÉ VENÂNCIO NOGUEIRA 458		VILA SANTOS							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
CAÇAPAVA		SP		12.280-028		87253/185-SP		271.506.438-17	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
21/03/1978		MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 4.233,00		01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 0/dias salário (líquido de 6/faltas e DSR)	R\$ -222,26	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 46,92	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 11/12 avos	R\$ 4.350,70
66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 1.450,23	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 5.625,59</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
00 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 0,00	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00
14.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 0,00</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 5.625,59</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO		
				<b>Código: 23</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	87253/185-/SP		271.506.438-17		21/03/1978
				20	Nome da Mãe
					MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023
				27	Cód. Afast.
					SJ1
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO		
				<b>Código: 23</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	87253/185-/SP		271.506.438-17		21/03/1978
				20	Nome da Mãe
					MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023
				27	Cód. Afast.
					SJ1
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO		
				<b>Código: 23</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	87253/185-/SP		271.506.438-17		21/03/1978
				20	Nome da Mãe
					MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023
				27	Cód. Afast.
					SJ1
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>125.41924.67-6</b>		<b>ADRIANA DOS SANTOS PRADO</b>		
				<b>Código: 23</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	<b>87253/185-SP</b>		<b>271.506.438-17</b>		<b>21/03/1978</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>01/02/2020</b>		<b>08/12/2022</b>		<b>06/01/2023</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>SJ1</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 5.59/2022

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome				
125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO		Código: 23			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
87253/185-/SP		271.506.438-17		21/03/1978		MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023		SJ1			0,00
30	Categoria do Trabalhador								
	<b>1 - Empregado</b>								
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP							

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não ressalva o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>125.41924.67-6</b>		<b>ADRIANA DOS SANTOS PRADO</b>		
				<b>Código: 23</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	<b>87253/185-SP</b>		<b>271.506.438-17</b>		<b>21/03/1978</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>01/02/2020</b>		<b>08/12/2022</b>		<b>06/01/2023</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>SJ1</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	<b>914.012.266.86268-6</b>		<b>52.169.117/0001-05 - SEESP</b>		

59/2022  
 Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	125.41924.67-6		ADRIANA DOS SANTOS PRADO		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	87253/185-SP		271.506.438-17		21/03/1978
				20	Nome da Mãe
					MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	01/02/2020		08/12/2022		06/01/2023
				27	Cód. Afast.
					SJ1
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
	1 - Empregado				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	914.012.266.86268-6		52.169.117/0001-05 - SEESP		

59/2022  
 Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>125.41924.67-6</b>		<b>ADRIANA DOS SANTOS PRADO</b>		
				<b>Código: 23</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	<b>87253/185-SP</b>		<b>271.506.438-17</b>		<b>21/03/1978</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>MARIA SONIA DOS SANTOS PRADO</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>01/02/2020</b>		<b>08/12/2022</b>		<b>06/01/2023</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>SJ1</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	<b>914.012.266.86268-6</b>		<b>52.169.117/0001-05 - SEESP</b>		

59/2022  
 Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.625,59 (Cinco mil, seiscentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0295 / 001 / 00033678-9

**Nome destinatário:** ADRIANA DOS SANTOS PRADO

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 5.625,59

**Data de débito:** 13/01/2023

**Data/hora da operação:** 13/01/2023 08:57:08

**Código da operação:** 130857

**Chave de segurança:** 0XXU271ZE9WY6NR6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
03/12/2022 11:02:12	12/2022	318 / E	MikXJWGRa

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>36.037.251/0001-98</b>	Inscrição Municipal: <b>402868</b>
Nome/Razão Social: <b>CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA</b>	E-mail: <b>climajetar@gmail.com</b>
Endereço: AVENI RUI BARBOSA 1501 ALTO DA PONTE	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-531 (12) 3341-5073</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0024-59</b>	Inscrição Municipal: <b>435715</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: AVENI Rui Barbosa 254 Santana	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-000 (11) 3035-2779</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS AR CONDICIONADOS DA UNIDADE BASICA DE SAUDE DE SANTANA.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 432230201 - INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS CENTRAIS DE AR CONDICIONADO, DE VENTILAÇÃO E  
Serviço: 1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>647,23</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>647,23</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>647,23</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:

**033-7****RECIBO DO PAGADOR**

Local de Pagamento					Vencimento
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					<b>06/12/2022</b>
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA - 36.037.251/0001-98					2021 / 003545768
AV RUI BARBOSA, 1501 - SANTANA - CEP: 12212-000 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
03/12/2022	0093	DM	Não	05/12/2022	000000000241
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		<b>647,23</b>
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
MULTA APOS 08/12/2022 R\$ 25,88					(+) Mora/Multa
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R\$ 0,86					(=) Valor Cobrado
MANUTENCAO PREVENTIVA DOS AR CONDICIONADOS DA UNIDADE BASICA DE SAUDE DE SANTANA.					

Pagador	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS - 09.268.215/0024-59 AVENIDA RUI BARBOSA 254 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-000
Beneficiário Final	

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

**033-7****03399.35454.76800.000002.00024.101016.4.91910000064723**

Local de Pagamento					Vencimento
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					<b>06/12/2022</b>
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA - 36.037.251/0001-98					2021 / 003545768
AV RUI BARBOSA, 1501 - SANTANA - CEP: 12212-000 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
03/12/2022	0093	DM	Não	05/12/2022	000000000241
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		<b>647,23</b>
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
MULTA APOS 08/12/2022 R\$ 25,88					(+) Mora/Multa
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R\$ 0,86					(=) Valor Cobrado
MANUTENCAO PREVENTIVA DOS AR CONDICIONADOS DA UNIDADE BASICA DE SAUDE DE SANTANA.					

Pagador	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS - 09.268.215/0024-59 AVENIDA RUI BARBOSA 254 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-000
Beneficiário Final	

Autenticação Mecânica



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.35454 76800.000002 00024.101016 4 91910000064723
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CLIMAJET COMERCIO E SERVICOS DE REFRIGERACAO LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>36.037.251/0001-98</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	06/12/2022
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	16/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	647,23
<b>Juros (R\$):</b>	35,38
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	25,89
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	708,50
<b>Valor Pago (R\$):</b>	708,50

**Identificação do Pagamento:** NF 318 CLIMAJET

**Data/hora da operação:** 16/01/2023 11:02:43

**Código da operação:** 016465603

**Chave de segurança:** PR8WTVH4QXZ5EAG7

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 03/01/2023 15:19:00  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 324 / E  
Código de Verificação: yTVO9b5vV

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 36.037.251/0001-98  
Nome/Razão Social: CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA  
Endereço: AVENI RUI BARBOSA 1501 ALTO DA PONTE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-531  
Telefone: (12) 3341-5073  
Inscrição Municipal: 402868  
E-mail: climajetar@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0024-59  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: AVENI Rui Barbosa 254 Santana  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-000  
Telefone: (11) 3035-2779  
Inscrição Municipal: 435715  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS AR CONDICIONADOS DA UNIDADE UBS DE SANTANA.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 432230201 - INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS CENTRAIS DE AR CONDICIONADO, DE VENTILAÇÃO E  
Serviço: 1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
647,23	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
647,23	0,00	0,00	647,23

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:

**033-7****RECIBO DO PAGADOR**

Local de Pagamento					Vencimento
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					<b>06/01/2023</b>
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA - 36.037.251/0001-98					2021 / 003545768
AV RUI BARBOSA, 1501 - SANTANA - CEP: 12212-000 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
03/01/2023	0093	DM	Não	03/01/2023	000000000246
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		<b>647,23</b>
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
MULTA APOS 08/01/2023 R\$ 25,88					(+) Mora/Multa
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R\$ 0,86					(=) Valor Cobrado
MANUTENCAO PREVENTIVA DOS AR CONDICIONADOS.					

Pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS - 09.268.215/0024-59  
 AVENIDA RUI BARBOSA 254  
 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-000

Beneficiário Final Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

**033-7****03399.35454.76800.000002.00024.601015.4.92220000064723**

Local de Pagamento					Vencimento
<b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER</b>					<b>06/01/2023</b>
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA - 36.037.251/0001-98					2021 / 003545768
AV RUI BARBOSA, 1501 - SANTANA - CEP: 12212-000 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
03/01/2023	0093	DM	Não	03/01/2023	000000000246
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		<b>647,23</b>
Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)					(-) Descontos/Abatimento
MULTA APOS 08/01/2023 R\$ 25,88					(+) Mora/Multa
COMISSAO PERMANENCIA AO DIA R\$ 0,86					(=) Valor Cobrado
MANUTENCAO PREVENTIVA DOS AR CONDICIONADOS.					

Pagador INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS - 09.268.215/0024-59  
 AVENIDA RUI BARBOSA 254  
 SAO JOSE DOS CAMPOS / SP - 12212-000

Beneficiário Final Autenticação Mecânica



Autenticação Mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.35454 76800.000002 00024.601015 4 92220000064723
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CLIMAJET COMERCIO E SERVICOS DE REFRIGERACAO LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CLIMAJET ENGENHARIA DE CLIMATIZACAO LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>36.037.251/0001-98</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	06/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	16/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	647,23
<b>Juros (R\$):</b>	8,62
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	25,89
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	681,74
<b>Valor Pago (R\$):</b>	681,74

**Identificação do Pagamento:** NF 324 CLIMAJET

**Data/hora da operação:** 16/01/2023 11:09:18

**Código da operação:** 016477295

**Chave de segurança:** XEGK05M0GXJLWH97

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 09/02/2023 VALOR TOTAL: R\$ 463,70 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE.. - Avenida Rui Barbosa, 254 Santana Sao Jose dos Campos-SP

NF-e  
Nº. 000.002.008  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr  
Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620  
Jardim Sao Dimas - 12245-100  
Sao Jose dos Campos - SP Fone/Fax: 1232043812

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.002.008  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0203 0728 4500 0261 5500 1000 0020 0813 3007 5773

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

135230212051272 - 09/02/2023 11:47:46

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda Estadual

INSCRIÇÃO ESTADUAL

125441377119

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

03.072.845/0002-61

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE..

CNPJ / CPF

09.268.215/0024-59

DATA DA EMISSÃO

09/02/2023

ENDEREÇO

Avenida Rui Barbosa, 254

BAIRRO / DISTRITO

Santana

CEP

12212-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

09/02/2023

MUNICÍPIO

Sao Jose dos Campos

UF

FONE / FAX

1239224035

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

11:48:03

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	463,70
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	176,69	0,00	463,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

Fortaleza Solucoes Profissionais para Limpeza

FRETE POR CONTA

FRETE POR CONTA

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

EXS9885

UF

SP

CNPJ / CPF

03.072.845/0002-61

ENDEREÇO

Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694

MUNICÍPIO

Sao Jose dos Campos

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

125441377119

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
17343	SACO P/ LIXO HOSPITALAR 30LT EMBALAC Fonte da Carga Tributaria: IBPT	39232190	0102	5102	UNI	3,0000	22,5000	67,50	0,00	0,00		0,00	
220040	SACO DE LIXO FLEX 100L PRETO 100UNID Fonte da Carga Tributaria: IBPT	39232910	0102	5102	UNI	4,0000	30,9000	123,60	0,00	0,00		0,00	
12	DETERGENTE NEUTRO LARI PRIME 05 L Fonte da Carga Tributaria: IBPT	34029090	0102	5102	UNI	2,0000	12,5000	25,00	0,00	0,00		0,00	
69LL	SABONETE CREMOSO PEROLIZADO DOWE LARI PRIME 5L Fonte da Carga Tributaria: IBPT	34029090	0102	5102	UNI	4,0000	13,9000	55,60	0,00	0,00		0,00	
T-5000B	SAB. LIQ. ANTISSEPT GEL SOAP 5 LITROS Fonte da Carga Tributaria: IBPT	34013000	0102	5102	UNI	2,0000	50,5000	101,00	0,00	0,00		0,00	
T-2807	INVOLÚCRO DE ABSOVENTE REFIL C/ 25 UNID. Fonte da Carga Tributaria: IBPT	39249000	0102	5102	UNI	5,0000	8,1000	40,50	0,00	0,00		0,00	
T-5000B	SAB. LIQ. ANTISSEPT GEL SOAP 5 LITROS Fonte da Carga Tributaria: IBPT	34013000	0102	5102	UNI	1,0000	50,5000	50,50	0,00	0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA : 09268215002459-Avenida Rui Barbosa, 2455 - Santana Sao Jose dos Campos - SP

RESERVADO AO FISCO

Inf. Contribuinte: Documento emitido por EPP optante pelo Simples Nacional Nao gera credito de ICMS e IPI.^ICMS recolhido antecipadamente por Substituicao Tributaria conforme Art. 313K e 313L do RICMS.^&||&Larissa Vilas Boas^DADOS DA FATURA: FECHAMENTO DO DIA 17/01 A 09/02/2023.^Compradora: Olimpia Junko Sasaki^Avenida Rui Barbosa, 2455 - Santana/ SJC^- Fornecimento de Material de DML no mes de 01/2023 na UBS Santana em conformidade com o contrato de Gestao n° 34/2020 firmado entre o INCS -^Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos OC 20230117015.^- Pagamento: Deposito Bancario^- Ordem de Compra Numero: 20230117015  
Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 176,69

# Φ Fortaleza - Soluções Profissionais para Limpeza

Data : 10/01/2023  
15:34:53

Av. Dr. Nelson D'Ávila, 1245 - Jardim São Dimas - São José dos Campos - SP

TEL. (12) 3204-3813 3204-3814

 (12) 98848-1156 98884-5298 98807-7419

[vendas@lojafortaleza.com](mailto:vendas@lojafortaleza.com)

[www.lojafortaleza.com](http://www.lojafortaleza.com)

Orçamento de Venda

Nome do vendedor: Larissa V.

Código do cliente: 1 CLIENTE LOJA

Sequência: 6376

Quantidade	Descrição	Preço Unitário	Preço Total
3	SACO P/ LIXO HOSPITALAR 30LT EMBALAC	22,50	67,50
2	DETERGENTE NEUTRO LARI PRIME 05 L	12,50	25,00
4	SABONETE CREMOSO PEROLIZADO DOWE LARI PRIME 5L	13,90	55,60
5	INVOLUCRO DE ABSOVENTE REFIL C/ 25 UNID.	8,10	40,50
3	SAB. LIQ. ANTISSEPT GEL SOAP 5 LITROS	50,50	151,50
4	SACO DE LIXO FLEX 100L PRETO 100UNID	30,90	123,60

UBS SANTANA  
CNPJ 09.268.215/0024-59

**Valor Total 463.70**  
**Total com Desconto 463.70**



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8048 / 00000099703-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FORTALEZA SOLUCOES PROFISSIONAIS PARA LI
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.072.845/0002-61
<b>Valor:</b>	R\$ 463,70
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 6376 FORTALEZA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 10:57:55

<b>Código da operação:</b>	00126136
<b>Chave de segurança:</b>	KHYENJKN4SNJUYXK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ  
UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e

Número da  
NFS-e  
6665



Data e Hora da Emissão	02/12/2022 16:43:31	Competência	2/12/2022	Código de Verificação	4G07Z6ZUM
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	JUNDIAI - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	67.423.152/0001-78	Inscrição Municipal	62699	Município	JUNDIAI - SP
Endereço e CEP	AVENIDA ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS ,150 - DISTRITO INDUSTRIAL CEP: 13213-009				
Complemento		Telefone	(11)2136-8505	e-mail	farmaceutica@ibg.com.br

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE				
CNPJ/CPF	09.268.215/0001-62	Inscrição Municipal		Município	SOROCABA - SP
Endereço e CEP	RUA EMYGDIA CAMPOLIM ,131 - PARQUE CAMPOLIM CEP: 18047-626				
Complemento		Telefone	(15)3357-6906	e-mail	fiscal.ponte@incs.org.br

Discriminação do Serviço

01 Assistência Técnica

Vencimento: 31/12/2022

Boleto: 007866

"Valor da Carga Tributária 18.25 (Fonte IBPT)"

Código do Serviço / Atividade

14.01 / 14.01.01 / 1431 - REPARAÇÃO MÁQ./EQU/APAR EM GERAL

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS (R\$)	3,64	COFINS (R\$)	16,80	IR (R\$)		INSS (R\$)		CSLL (R\$)	5,60
-----------	------	--------------	-------	----------	--	------------	--	------------	------

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R\$	560,10	Natureza Operação	Valor do Serviço R\$	560,10	
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00	
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00	
(-) Retenções Federais	26,04	0-Nenhum	Base de Cálculo	560,10	
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	5,00	
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	534,06	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	28,01	
		2-Não			

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.  
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://jundiai.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2236 / 00013000002-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GAS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.423.152/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 548,30
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 6665 IBG
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 15:45:42

<b>Código da operação:</b>	00158420
<b>Chave de segurança:</b>	P6706RWE4X3M6PZG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA**

AVENIDA ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS, 150 - DISTRITO INDUSTRIAL  
 CEP: 13.213-009 JUNDIAI - SP - FONE: (55) -11-2136  
 Nosso Site: www.ibg.com.br - E-mail: ibg@ibg.com.br

**RECIBO DE LOCAÇÃO****Nº****X****158867**

C. N. P. J.  
**67.423.152/0001-78**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**407.160.902.118**

**DESTINATARIO**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE (007417/01)**

C.N.P.J. / C.P.F.  
**09.268.215/0001-62**

DATA DE EMISSÃO  
**05/12/22**

ENDERECO  
**RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131**

BAIRRO  
**PARQUE CAMPOLIN**

CEP  
**18.047-626**

DATA DE SAIDA

MUNICIPIO  
**SOROCABA**

FONE / FAX  
**(15) 3357-6906**

U.F.  
**SP**

INSC. ESTADUAL  
**ISENTO**

HORA DA SAIDA

NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	END. DE COBRANÇA
<b>158867</b>	<b>03/01/2023</b>	<b>933,50</b>	<b>RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131 - PARQUE CAMPOLIN CEP 18.047-626 - SOROCABA - SP</b>

**DADOS DOS PRODUTOS LOCADOS NO CLIENTE**

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS LOCADOS	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>TAN0013</b>	<b>MEGACYL 1000 HP - LOX</b>	<b>PC</b>	<b>1,00</b>	<b>933,4957</b>	<b>933,50</b>

VALOR TOTAL LOCADO  
**933,50**

**DADOS ADICIONAIS**

**Nr.Pedido:628844**  
**UPA ALTO DA PONTE-VENDA A ORD**  
**"Nao Incidencia do ICMS Cfe. Art. 7 Inc. IX do RICMS"**  
**"Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para**  
**a suportar os riscos das operações de transporte e que atendem as exigências da regulamentação."**  
**\* Referente ao mês de Novembro de 2022**

RECEBI(EMOS) DE IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA. AS LOCAÇÕES CONSTANTES DO RECIBO DE LOCAÇÃO INDICADO AO LADO

RECIBO DE LOCAÇÃO

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**158867** 592 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2236 / 00013000002-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GAS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.423.152/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 953,73
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	REC 158867 IBG
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 15:50:51

<b>Código da operação:</b>	00158981
<b>Chave de segurança:</b>	2VTA7W37PS028S3J

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000027504 SÉRIE 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>Identificação do emitente</b> <b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b> R NELSON MAGALHAES, 40 DISTRITO INDUSTRIAL Cep:12042-025 TAUBATE/SP Fone: 551236865424	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA  <b>N. 000027504</b> <b>SÉRIE 0</b> <b>FOLHA 01/01</b>		
		<b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b> <b>3522 1267 4231 5200 0330 5500 0000 0275 0415 2667 6388</b>	
		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada	

NATUREZA DA OPERAÇÃO RE VEND.FORA ESTAB	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135221702388054 06/12/2022 14:11:21
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 688295196110	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ/CPF 67.423.152/0003-30
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

<b>DESTINATARIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE		CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	DATA DE EMISSÃO 06/12/2022
ENDEREÇO RUA EMYGDIA CAMPOLIN, 131		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIN	CEP 18047-626
MUNICÍPIO SOROCABA	FONE/FAX 1533576906	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA ENTRADA/SAÍDA 14:06:00			
FATURA			
001			
04/01/2023			
1.467,54			

<b>CALCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CALCULO DO ICMS 1.467,54	VALOR DO ICMS 264,16	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.467,54	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.467,54

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
RAZÃO SOCIAL IBG - IND. BRASILEIRA DE GASES LTDA		FRETE POR CONTA 3-REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO FRP3E86	UF SP	CNPJ/CPF 67.423.152/0003-30
ENDEREÇO RUA NELSON MAGALHAES, 40		MUNICÍPIO TAUBATE	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 688295196110		
QUANTIDADE 11	ESPECIE CILINDROS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

<b>DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO</b>													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD/SER.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
OXIGAS	ONU 1072-OXIGENIO, COMP RIMIDO- CL.2.2	28044000	000	5104	M3	60,0000	19,0087	1.140,52	1.140,52	205,29	0,00	18,00%	0,00%
OXIPPU	ONU 1072-OXIGENIO, COMP RIMIDO- CL.2.2	28044000	000	5104	M3	5,0000	65,4040	327,02	327,02	58,87	0,00	18,00%	0,00%

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> Protocolo: 135221702388054 Nr.Pedido: 051144Romaneio Nr.: 183969 REMESSA A ORDEM INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE - CNPJ:09.268.215/0005-96 LOTE 20221130OG03002 - 20221118OG03001 - 20221110OG03001 - 20221130OG03002 Esta NF refere-se aos Romaneios de carga nº ...; Procedimento autorizado por Regime Especial DRT-16 2172/98; Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operacoes de transporte e que atendem as exigencias da regulamentacao. Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 375.48 (25.59%).	<b>RESERVADO AO FISCO</b>



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2236 / 00013000002-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GAS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.423.152/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 1.496,89
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 27504 IBG
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 15:53:11

<b>Código da operação:</b>	00159509
<b>Chave de segurança:</b>	QRA2M7KYVKCJJCEJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

RECEBEMOS DE IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000027542 SÉRIE 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>Identificação do emitente</b> <b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b> R NELSON MAGALHAES, 40 DISTRITO INDUSTRIAL Cep:12042-025 TAUBATE/SP Fone: 551236865424	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA  N. 000027542 SÉRIE 0 FOLHA 01/01	
		<b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b> 3522 1267 4231 5200 0330 5500 0000 0275 4214 9775 0652
		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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO RE VEND.FORA ESTAB	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135221727056186 10/12/2022 10:52:01
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 688295196110	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ/CPF 67.423.152/0003-30
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

<b>DESTINATARIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE		CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	DATA DE EMISSÃO 09/12/2022
ENDEREÇO RUA EMYGDIA CAMPOLIN, 131		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIN	CEP 18047-626
MUNICIPIO SOROCABA	FONE/FAX 1533576906	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA ENTRADA/SAÍDA 15:31:00			
FATURA			
001			
07/01/2023			
130,81			

<b>CALCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CALCULO DO ICMS 130,81	VALOR DO ICMS 23,55	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 130,81	
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 130,81

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL IBG - IND. BRASILEIRA DE GASES LTDA		FRETE POR CONTA 3-REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO FRP3E86	UF SP
ENDEREÇO RUA NELSON MAGALHAES, 40		MUNICIPIO TAUBATE	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 688295196110	
QUANTIDADE 2	ESPECIE CILINDROS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

<b>DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO</b>													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD/SER.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
OXIPPU	ONU 1072-OXIGENIO, COMP RIMIDO- CL.2.2	28044000	000	5104	M3	2,0000	65,4050	130,81	130,81	23,55	0,00	18,00%	0,00%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135221727056186 Nr.Pedido: 051191Romaneio Nr.: 183995 REMESSA A ORDEM INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE - CNPJ:09.268.215/0005-96 Esta NF refere-se aos Romaneios de carga nº ...; Procedimento autorizado por Regime Especial DRT-16 2172/98; Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operacoes de transporte e que atendem as exigencias da regulamentacao. Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 33.47 (25.59%).	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2236 / 00013000002-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GAS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.423.152/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 132,77
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 27542 IBG
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 15:55:21

<b>Código da operação:</b>	00159767
<b>Chave de segurança:</b>	LZ3S9WYJWA8NEW9X

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A

RUA JOSE MARTINS FERNANDES, 601 - (CL IMIGRANTE) GALPAO 32 BATISTINI - 09843-400 SAO BERNARDO DO CAMPO - SP Fone/Fax:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

1

Nº. 002.992.805 Série 003 Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0103 7469 3800 0143 5500 3002 9928 0518 6780 0630

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

135230105217851 - 20/01/2023 16:17:23

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

799061402111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

03.746.938/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0024-59

DATA DA EMISSÃO

20/01/2023

ENDEREÇO

AV RUI BARBOSA, 254

BAIRRO / DISTRITO

SANTANA

CEP

12212-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

SAO JOSE DOS CAMPOS

UF

FONE / FAX

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num. 001 Enc. 20/01/2023 Valor R\$ 496,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

Table with 10 columns: BASE DE CÁLC. DO ICMS, VALOR DO ICMS, BASE DE CÁLC. ICMS S.T., VALOR DO ICMS SUBST., V. IMP. IMPORTAÇÃO, V. ICMS UF REMET., VALOR DO FCP, VALOR DO PIS, V. TOTAL PRODUTOS, VALOR DO FRETE, VALOR DO SEGURO, DESCONTO, OUTRAS DESPESAS, VALOR TOTAL IPI, V. ICMS UF DEST., V. TOT. TRIB., VALOR DA COFINS, V. TOTAL DA NOTA. Values include 496,80, 89,42, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 6,46, 481,16, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 15,64, 0,00, 0,00, 29,77, 496,80.

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ROTATIVA TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI

FRETE POR CONTA

(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

17.848.035/0001-88

ENDEREÇO

ESTRADA MARCO POLO 290 SALA 01

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

635683128112

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

VOL

MARCA

BRS

NUMERAÇÃO

4

PESO BRUTO

29,400

PESO LÍQUIDO

29,400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Table with 14 columns: CÓDIGO PRODUTO, DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO, NCM/SH, O/CST, CFOP, UN, QUANT, VALOR UNIT, VALOR TOTAL, B.CÁLC ICMS, VALOR ICMS, VALOR IPI, ALÍQ. ICMS, ALÍQ. IPI. Row 1: 039223, Bobina Termica Go Office BPA Free 76mmx365m 48g CX 4UN, 48119010, 000, 5102, UN, 4,0000, 120,2900, 481,16, 496,80, 89,42, 15,64, 18,00, 3,25.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: [Numero do Pedido: P1-4733199-] 20230122.2002ST - [1 - AV RUI BARBOSA] - De seg a sex 08h as 16h Compras Cristiane Miranda- 11 98797-4436 - [ em 20/01/2023] - - Contrato de Gestao no 34/2020 firmado entre o INCS e Prefeitura - Fica atribuido a BRS SP a condicao de sujeito passivo por substituaicao tributaria, a que se refere o inciso VI do art. 264 do RICMS/2000. Regime Especial 485/2015. Pedido: 20230122.2002ST Email do Destinatário: compras2@integralgsaude.com.br Filial: 1

RESERVADO AO FISCO

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Razão Social: BRS Suprimentos Corporativos S/A | CNPJ: 03746938000143

Cotação : 262806 - INCS- UBS SANTANA- BR SUPPLY | Validade: 20/01/2023

Cliente: 2231125 - INCS IN 2459

Endereço: AV RUI BARBOSA, Nº 254, Bairro: SANTANA - CEP: 12212000 | Sao Jose dos Campos - SP

Condição Pagamento: A vista

Executivo de Vendas: Julio Cesar Souza Santos



Cod. ItemBR	Descrição ItemBR	Preço	ICMS	IPI	ST	Valor Un.	Qtde	Total
 039223	Bobina Térmica Go Office BPA Free 76mmx365m 48g CX 4UN NCM: 48119010I	R\$ 120,29	18,00%	R\$ 3,91	R\$ 0,00	R\$ 124,20	x 4 =	R\$ 496,80
							FRETE:	CIF
							Total:	R\$ 496,80



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8839 / 00000001710-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRS SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.746.938/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 496,80
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 262806 BRS SUPRI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 16:42:59

<b>Código da operação:</b>	00165725
<b>Chave de segurança:</b>	XQ1T983GRPH5ZVPY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

# RECIBO DE LOCAÇÃO

Nº



**IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA**

AVENIDA ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS, 150 - DISTRITO INDUSTRIAL  
 CEP : 13.213-009 JUNDIAI - SP - BRASIL - FONE (55) -11--2136 FAX (55) -11--2136  
 Nosso Site : www.ibg.com.br E-mail : ibg@ibg.com.br

**X**

**158866**

C. N. P. J.  
**67.423.152/0001-78**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**407.160.902.118**

C.N.P.J. / C.P.F.  
**09.268.215/0001-62**

DATA DE EMISSÃO  
**05/12/2022**

**DESTINATARIO**

NOME / RAZÃO SOCIAL

**INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE (007417)**

ENDEREÇO  
**RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131**

BAIRRO  
**PARQUE CAMPOLIN**

CEP  
**18.047-626**

MUNICIPIO  
**SOROCABA**

FONE / FAX  
**(15) 3357-6906**

U.F.  
**SP**

INSC. ESTADUAL  
**ISENTO**

HORA DA SAIDA

NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	END. DE COBRANÇA
<b>158866</b>	<b>03/01/2023</b>	<b>1.177,27</b>	<b>RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131 CEP 18.047-626 - SOROCABA - PARQUE CAMPOLIN - SP</b>

**DADOS DOS PRODUTOS LOCADOS NO CLIENTE**

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS LOCADOS	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>OXIMED1.0</b>	<b>CILINDRO DE OXIGENIO PPU IBG 1.0 M3</b>	<b>PC</b>	<b>5,00</b>	<b>65,4039</b>	<b>327,02</b>
<b>OXIMED10.0</b>	<b>CILINDRO DE OXIGENIO IBG 10 M3</b>	<b>PC</b>	<b>12,00</b>	<b>65,4039</b>	<b>784,85</b>
<b>OXIMED3.0</b>	<b>CILINDRO DE OXIGENIO PPU IBG 3.0 M3</b>	<b>PC</b>	<b>1,00</b>	<b>65,4039</b>	<b>65,40</b>

VALOR TOTAL LOCADO  
**1.177,27**

**DADOS ADICIONAIS**

**Nr.Pedido:628843**

**UPA ALTO DA PONTE - VENDA ORD.**

**UPA ALTO DA PONTE - VENDA ORD.**

**"Nao Incidencia do ICMS Cfe. Art. 7 Inc. IX do RICMS"**

**"Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operações de transporte"**

**\* Referente ao mês de Novembro de 2022**

RECEBI(EMOS) DE IBG INDÚSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA. AS LOCAÇÕES CONSTANTES DO RECIBO DE LOCAÇÃO INDICADO AO LADO

RECIBO DE LOCAÇÃO

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**158866**601 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

# RECIBO DE LOCAÇÃO

Nº



**IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA**

AVENIDA ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS, 150 - DISTRITO INDUSTRIAL  
 CEP : 13.213-009 JUNDIAI - SP - BRASIL - FONE (55) -11--2136 FAX (55) -11--2136  
 Nosso Site : www.ibg.com.br E-mail : ibg@ibg.com.br

**158867**

C. N. P. J.  
**67.423.152/0001-78**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**407.160.902.118**

C.N.P.J. / C.P.F.  
**09.268.215/0001-62**

DATA DE EMISSÃO  
**05/12/2022**

DATA DE SAÍDA

HORA DA SAÍDA

**DESTINATARIO**

NOME / RAZÃO SOCIAL

**INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE (007417)**

ENDEREÇO  
**RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131**

BAIRRO  
**PARQUE CAMPOLIN**

CEP  
**18.047-626**

MUNICIPIO  
**SOROCABA**

FONE / FAX  
**(15) 3357-6906**

U.F.  
**SP**

INSC. ESTADUAL  
**ISENTO**

NUMERO	VENCIMENTO	VALOR	END. DE COBRANÇA
<b>158867</b>	<b>03/01/2023</b>	<b>933,50</b>	<b>RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131 CEP 18.047-626 - SOROCABA - PARQUE CAMPOLIN - SP</b>

**DADOS DOS PRODUTOS LOCADOS NO CLIENTE**

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS LOCADOS	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>TAN0013</b>	<b>MEGACYL 1000 HP - LOX</b>	<b>PC</b>	<b>1,00</b>	<b>933,4957</b>	<b>933,50</b>

VALOR TOTAL LOCADO  
**933,50**

**DADOS ADICIONAIS**

**Nr.Pedido:628844**

**UPA ALTO DA PONTE-VENDA A ORD**

**UPA ALTO DA PONTE-VENDA A ORD**

**"Nao Incidencia do ICMS Cfe. Art. 7 Inc. IX do RICMS"**

**"Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operações de transporte"**

**\* Referente ao mês de Novembro de 2022**

RECEBI(EMOS) DE IBG INDÚSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA. AS LOCAÇÕES CONSTANTES DO RECIBO DE LOCAÇÃO INDICADO AO LADO

RECIBO DE LOCAÇÃO

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**158867** 602 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2236 / 00013000002-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GAS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	67.423.152/0001-78
<b>Valor:</b>	R\$ 1.202,78
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	REC 158866 IBG
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	16/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	16/01/2023 16:57:30

<b>Código da operação:</b>	00167444
<b>Chave de segurança:</b>	16XJ3NJM62GU9CHT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia no Estado  
São Paulo**



Rua Demini 471

Penha de França, São Paulo - SP --- CEP: 03641-040

FONE(S): 3804-9283 3804-9284 3804-9285 Site: www.sintaresp.com.br EMAIL: financeiro@sintaresp.com.br

PREZADO CAIXA,  
RECEBER O VALOR DE R\$ 0,01 A R\$ 999.999,99

PABX: (11) 3804-9283  
EMAIL: financeiro@sintaresp.com.br  
SITE: www.sintaresp.com.br

**Recibo do Pagador**

Beneficiário SINTARESP SIND.TEC.E AUX.RAD.EST.SP Endereço Rua Demini 471 , Penha de França São Paulo SP				CNPJ 59.950.410/0001-46	Vencimento <b>10/01/2023</b>
Pagador INCS-INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (5107)				09.268.215/0010-53	Agência/Código do Beneficiário 0001/1202863
Data do Documento 20/12/2022	Número do Documento 005107.002	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data do Processamento 20/12/2022	Nosso Número 000000590091-3
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>153,47</b>
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário. REF. MENSALIDADE ASSOCIATIVA SIND. (12/2022). VENCIDO COBRAR MULTA DE 10,00%, JUROS DE 1,00% AO MÊS,					(-) Desconto / Abatimento
PREZADO CAIXA, RECEBER O VALOR DE R\$ 0,01 A R\$ 999.999,99					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Autenticação mecânica					



**033-7**

03399.12024 86300.000055 90091.301011 3 92260000015347

Local de Pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO BANCO SANTANDER-GC				Vencimento <b>10/01/2023</b>	
Beneficiário SINTARESP SIND.TÉC.E AUX.RAD.EST.SP				CNPJ 59.950.410/0001-46	Agência/Código do Beneficiário 0001/1202863
Data do Documento 20/12/2022	Número do Documento 005107.002	Espécie Doc. OU	Aceite N	Data do Processamento 20/12/2022	Nosso Número 000000590091-3
Uso do Banco	Carteira RCR	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>153,47</b>
Instruções de Responsabilidade do Beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o Beneficiário. REF. MENSALIDADE ASSOCIATIVA SIND. (12/2022). VENCIDO COBRAR MULTA DE 10,00%, JUROS DE 1,00% AO MÊS,					(-) Desconto / Abatimento
PREZADO CAIXA, RECEBER O VALOR DE R\$ 0,01 A R\$ 999.999,99					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador INCS-INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (5107) RUA ALZIRIO LEBRÃO 76 12212-500 ALTO DA PONTE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS SP				CPF/CNPJ do Sacado/Avalista 09.268.215/0010-53	
Pagador/Avalista					Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.12024 86300.000055 90091.301011 3 92260000015347
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>SINDICATO DOS TEC E AUX EM RADI</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>SIND DOS TECNOLOGOS,TECN AUX EM RAD,DIAG</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>59.950.410/0001-46</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS-INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	10/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	17/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	153,47
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	153,47
<b>Valor Pago (R\$):</b>	153,47

**Identificação do Pagamento:** SINTARESP 01.23

**Data/hora da operação:** 17/01/2023 14:07:29

**Código da operação:** 017289187

**Chave de segurança:** 25QV6XQ5QTL9GHHC

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**LOCKTEN LOCACAO DE CONTEINERES LTDA - ME**

Rua José Bonifácio Moreira, 1047 - Jardim Bela Vista - Taubaté -  
SP - CEP: 12091-500

LOCKTEN LOCACAO DE CONTEINERES LTDA - ME

CNPJ: 08925972000107 IE: 688268905117

**(12) 97411-6915**

contato@lockten.com.br

**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

CNPJ: 09.268.215/0010-53

ALZIRIO LEBRAO, 76 - ALTO DA PONTE - São José Dos Campos - SP - CEP: 12212-500

**1530352779**

INCS@INCS.ME.BR.

Qt.	Produto/Serviço	Detalhe do item	Valor unitário	Subtotal
1	036/200 - DEPÓSITO SIMPLES		360,00	360,00
			Total	<b>360,00</b>
			Valor líquido	<b>360,00</b>

Condição de pagamento:

Forma de pagamento: Boleto Bancário

Nº	Vencimento	Valor (R\$)	Observações
1º	04/01/2023	360,00	LOCAÇÃO DE CONTAINER

**Observações:**

LOCAÇÃO DE CONTAINER.  
PERÍODO: 07/12/2022 - 07/01/2023.  
LOCAL: O MESMO /SP.

NÃO É FATO GERADOR DO ISSQN A LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS.  
DISPENSADO DA EMISSÃO DE NOTAS FISCAIS, CONFORME LEI COMPLEMENTAR 116 DE 31/07/2003.  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS.  
LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS SEM FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA.  
NÃO É VALIDO COMO RECIBO.

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



Beneficiário <b>LOCKTEN LOCACAO DE CONTEINERES LTDA</b> <b>JOSE BONIFACIO MOREIRA 1047</b> <b>JARDIM PAULISTA</b> <b>TAUBATÉ - SP</b>	<b>08.925.972/0001-07</b>  <b>12091-500</b>	Vencimento <b>04/01/2023</b>	Valor do Documento <b>480,00</b>
		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) <b>A partir 05/01/2023 multa de 2,00%</b> <b>Não conceder desconto.</b>	Data de Emissão <b>08/12/2022</b>	(=) Valor cobrado	
	Coop Contr/Cód. Beneficiário <b>5032/343102</b>		
	Nosso Número <b>1459-5</b>		

#### Dados do Pagador

Nome do pagador <b>INCS INSTITO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	Número do Documento <b>2121</b>	
Endereço <b>RUA ALZIRIO LEBRÃO76</b>		
Bairro / Distrito <b>ALTO DA PONTE</b>		
Município <b>SÃO JOSÉ DOS CAMPOS</b>	UF <b>SP</b>	CEP <b>12212-500</b>
Mensagem Pagador		

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. \_\_\_\_\_ do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**



756

75691.50324 01034.310209 00145.950010 4 92200000048000

Local de pagamento <b>PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB</b>					Vencimento <b>04/01/2023</b>
Beneficiário <b>LOCKTEN LOCACAO DE CONTEINERES LTDA</b> <b>08.925.972/0001-07</b>					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário <b>5032/343102</b>
Data do documento <b>08/12/2022</b>	N. documento <b>2121</b>	Espécie <b>DS</b>	Aceite <b>N</b>	Data processamento <b>08/12/2022</b>	Nosso número <b>1459-5</b>
Uso do Banco	Carteira <b>1</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade <b>0,00</b>	Valor	Valor documento <b>480,00</b>
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) <b>A partir 05/01/2023 multa de 2,00%</b> <b>Não conceder desconto.</b>					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 5032 SICOOB UNIMAIS MANTIQUEIRA					
Pagador <b>INCS INSTITO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> <b>RUA ALZIRIO LEBRÃO76</b> <b>ALTO DA PONTE</b> <b>SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP</b>					(+) Outros acréscimos
Beneficiário Final <b>09.268.215/0010-53</b>  <b>12212-500</b>					(=) Valor cobrado



Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	75691.50324 01034.310209 00145.950010 4 92200000048000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
<b>Código do Banco:</b>	756
<b>Código do ISPB:</b>	02038232
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>LOCKTEN LOCACAO DE CONTEINERES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>LOCKTEN LOCACAO DE CONTEINERES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.925.972/0001-07</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	04/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	17/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	480,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	9,60
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	489,60
<b>Valor Pago (R\$):</b>	489,60

**Identificação do Pagamento:** FAT 2121 LOCKTEN

**Data/hora da operação:** 17/01/2023 14:22:44

**Código da operação:** 017299726

**Chave de segurança:** MG3NA4A68NJ3YFWF

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**Prefeitura Municipal de Capela do Alto**  
**Departamento de Tributação**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



**Número da NFS-e**  
**472**  
**Código de Verificação de Autenticidade**  
**LWSG35E53**  
**Data e Hora de Emissão da NFS-e**  
**10/01/2023 às 10:59:38**  
**Chave de Acesso**  
 129028FU32257UR5X0TBB7DFDBPZSURM

**Informações Fiscais**

Exigibilidade do ISS <b>Exigível</b>	Número do Processo	Município de Incidência do ISS <b>CAPELA DO ALTO-SP</b>	Local da Prestação <b>CAPELA DO ALTO - SP</b>
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS <b>10/01/2023</b>
Optante Simples Nacional <b>1 - Sim</b>	Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>	Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b>	Tipo ISS

**Para certificação da autenticidade acesse**  
<http://saopaulo1.dcfiorilli.com.br:8080/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.>

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ <b>22.962.315/0001-52</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal <b>000004341</b>	Cadastro <b>000022638</b>	Nome/Razão Social <b>FLEX CLEAN LAVANDERIA LTDA</b>
Logradouro <b>RUA JOSE DE MORAES, 218</b>	Complemento	Bairro <b>DISTRITO INDUSTRIAL</b>	CEP <b>18195-000</b>	Cidade <b>CAPELA DO ALTO-SP</b>
Telefone <b>0033252655</b>	E-mail <b>adm@lavanderiaflexclean.com.br</b>			

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ/Documento <b>09.268.215/0010-53</b>	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>
Logradouro <b>RUA ALZIRIO LEBRAO,, 76</b>	Complemento	Bairro <b>BAIRRO ALTO DA PONTE</b>	CEP/Cod.Postal <b>12212-500</b>
Cidade/Pais <b>SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>	Cod. IBGE <b>3549904</b>	Telefone	E-mail <b>incs@incs.me.br</b>

**Discriminação dos Serviços**

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS DE LAVANDERIA PRESTADOS NA UPA ALTO DA PONTE, NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS NO PERÍODO DE 01/12/2022 À 31/12/2022, CONFORME CONTRATO DE GESTÃO nº559/2022. ITEM ROMANEIO Nº DATA UNIDADE PESO VALOR UNITARIO TOTAL 1 1970 02/DEZ UPA-PONTE 195,11 R\$ 6,65 R\$ 1297,48 2 1971 06/DEZ UPA-PONTE 194,32 R\$ 6,65 R\$ 1292,22 3 1972 09/DEZ UPA-PONTE 201,52 R\$ 6,65 R\$ 1340,10 4 1973 13/DEZ UPA-PONTE 201,33 R\$ 6,65 R\$ 1338,84 5 1974 16/DEZ UPA-PONTE 199,71 R\$ 6,65 R\$ 1328,07 6 1975 20/DEZ UPA-PONTE 189,67 R\$ 6,65 R\$ 1261,30 7 1976 23/DEZ UPA-PONTE 200,76 R\$ 6,65 R\$ 1335,05 8 1977 27/DEZ UPA-PONTE 200,27 R\$ 6,65 R\$ 1331,79 9 1978 30/DEZ UPA-PONTE 212,77 R\$ 6,65 R\$ 1414,92 TOTAL 1795,46 KG R\$ 6,65 R\$ 11939,80	11.939,80	R\$ 11.939,80

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

LC 116/2003: <b>14.10</b>	Aliquota <b>2,00%</b>	Atividade Município <b>0000140000010</b>	Código CNAE <b>9601701</b>	Código da Obra	Código ART
Tinturaria e lavanderia					
Valor Total dos Serviços <b>R\$ 11.939,80</b>	Desconto Incondicionado <b>R\$ 0,00</b>	Deduções Base Cálculo <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 11.939,80</b>	Total do ISS <b>R\$ 238,80</b>	ISS Retido <b>2 - Não</b>
					Desconto Condicionado <b>R\$ 0,00</b>

**Retenções de Impostos**

PIS <b>R\$ 0,00</b>	COFINS <b>R\$ 0,00</b>	INSS <b>R\$ 0,00</b>	IRRF <b>R\$ 0,00</b>	CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 11.939,80

Val. Aprox. Tributos:

**Informações Complementares**

SERVIÇOS DE LAVANDERIA  
 SERVIÇOS REFERENTE DEZEMBRO 2022 UPA ALTO DA PONTE  
 Nota fiscal emitida em conformidade com o contrato de gestão nº559/2022, pactuado entre o INCS – Instituto Nacional de Ciências da Saúde e P.M. de São Jose dos Campos.

RECEBI(EMOS) DE **FLEX CLEAN LAVANDERIA LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **472** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **LWSG35E53**.

Data

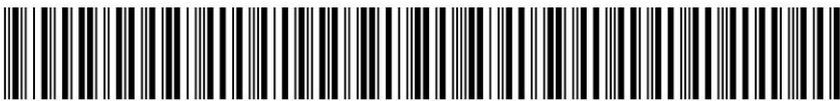
CPF/RG

Assinatura

Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b>				CPF/CNPJ do Pagador <b>09.268.215/0010-53</b>	
Nosso Número <b>14000000000000359-5</b>		Número do Documento <b>359</b>	Agência/Cod. Beneficiário <b>0367/1135507-7</b>	Vencimento <b>10/01/2023</b>	Valor do Documento <b>R\$ 11.939,80</b>
Beneficiário <b>FLEX CLEAN</b> Avenida Paraná, - de 2882/2883 , Sorocaba				CPF/CNPJ do Beneficiário <b>22.962.315/0001-52</b>	
Demonstrativo					
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br				Autenticação Mecânica	



Local de Pagamento <b>PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE</b>					Vencimento <b>10/01/2023</b>	
Beneficiário <b>FLEX CLEAN CNPJ 22.962.315/0001-52</b> Avenida Paraná, - de 2882/2883 , Sorocaba					Agência/Cod. Beneficiário <b>0367/1135507-7</b>	
Data do Documento <b>09/01/2023</b>		Número do Documento <b>359</b>	Espécie do Doc. <b>DM</b>	Aceite <b>N</b>	Data do Processamento <b>09/01/2023</b>	
Nosso Número <b>14000000000000359-5</b>						
Uso do Banco		Carteira <b>09</b>	Esp. Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	(x) Valor <b>R\$ 11.939,80</b>	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) <b>Juros: R\$ 83,57 ao dia após 11/01/2023</b> <b>Multa: 0.70% após 11/01/2023</b> <b>Não receber após 10 dias do vencimento.</b>					(-) Descontos/abatimentos	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Juros/Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA</b> Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte 12212500 - São José dos Ca (SP)			CPF/CNPJ <b>09.268.215/0010-53</b>			
Sacador/Avalista			CPF/CNPJ			



Autenticação Mecânica -

Ficha de Compensação



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	10491.13556 07000.100045 00000.035998 1 92260001193980
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
<b>Código do Banco:</b>	104
<b>Código do ISPB:</b>	00360305
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FLEX CLEAN LAVANDERIA LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FLEX CLEAN LAVANDERIA LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>22.962.315/0001-52</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	10/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	17/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	11.939,80
<b>Juros (R\$):</b>	584,99
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	83,57
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	12.608,36
<b>Valor Pago (R\$):</b>	12.608,36

**Identificação do Pagamento:** NF 472 FLEX CLEAN

**Data/hora da operação:** 17/01/2023 15:53:22

**Código da operação:** 017366938

**Chave de segurança:** 3MHPQKTHNJWLZ1E

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Data e Hora do RPS	Número / Série RPS	Código de Verificação
09/01/2023 08:50:22	01/2023	15823 / E	09/01/2023 00:00:00	18014 / NFSE	XHZn1YTxF

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: **00.872.175/0001-99**  
Nome/Razão Social: **MARGEN MEDICINA DO TRABALHO LTDA**  
Endereço: **AVENI SAO JOAO 1077 JARDIM ESPLANADA**  
Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
UF: **SP** CEP: **12242-840** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **093896**  
E-mail: **faturamento@margen-med.com.br**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: **09.268.215/0024-59**  
Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
Endereço: **AV RUI BARBOSA 254 SANTANA**  
Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
UF: **SP** CEP: **12212-000** Telefone: **1130352779**

Inscrição Municipal:  
E-mail: **ger.adm.santana@incs.org.br**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Serviços Prestados.  
Ref. Dez/2022 - Vencto. 15/01/2023  
Retencao PIS/COFINS/CSLL (4,65%): R\$ 17,34  
Valor Líquido R\$ 355,67  
Trib aprox R\$ 50,17 Federal e R\$ 10,03 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br - 72C182 - Tabela: NBS

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **863050200 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>373,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>373,01</b>	<b>2,000000</b>	<b>7,46</b>

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>2,42</b>	<b>11,19</b>	<b>0,00</b>	<b>3,73</b>	<b>0,00</b>

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>373,01</b>	<b>17,34</b>	<b>0,00</b>	<b>355,67</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



**MARGEN MEDICINA DO TRABALHO - 00.872.175/0001-99**  
**Avenida São João, 1077 - Jardim Esplanada - CEP: 12242-840**  
**São José dos Campos - SP**

Aumente em até 90% a produtividade da sua empresa com o sistema Omie. Faça o teste grátis! Acesse: [omie.com.br/erp](http://omie.com.br/erp)



Recibo do Pagador

**Banco Safra S.A. | 422-7 | 42297.13500 00058.207986 00012.125829 4 92310000035567**

Beneficiário <b>MARGEN MEDICINA DO TRABALHO - 00.872.175/0001-99</b> <b>Avenida São João, 1077 - Jardim Esplanada - CEP: 12242-840 - São José dos Campos - SP</b>		Agência/Código do Beneficiário <b>13500 / 005820798</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nosso número <b>00012125-8</b>
Número do documento <b>15823</b>	CPF/CNPJ <b>00.872.175/0001-99</b>	Vencimento <b>15/01/2023</b>	Valor documento <b>355,67</b>		
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0024-59</b> <b>AV RUI BARBOSA, 254 - SANTANA</b> <b>São José dos Campos - SP - CEP: 12212-000</b>					
Beneficiário Final					

Demonstrativo  
**Ordem de Serviço 18241 / Nota Fiscal 15823. Refere-se ao documento RPS 18014.**

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

**Banco Safra S.A. | 422-7 | 42297.13500 00058.207986 00012.125829 4 92310000035567**

Local de pagamento <b>Pagável em qualquer banco do sistema de compensação.</b>				Vencimento <b>15/01/2023</b>	
Beneficiário <b>MARGEN MEDICINA DO TRABALHO - 00.872.175/0001-99</b> <b>Avenida São João, 1077 - Jardim Esplanada - CEP: 12242-840 - São José dos Campos - SP</b>				Agência/Código do Beneficiário <b>13500 / 005820798</b>	
Data do documento <b>09/01/2023</b>	Nº documento <b>15823</b>	Espécie doc. <b>DS</b>	Aceite <b>Não</b>	Data processamento <b>09/01/2023</b>	Nosso número <b>00012125-8</b>
Uso do banco	Carteira <b>01</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento <b>355,67</b>
Instruções ( Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
<b>- 0,33 % de multa</b> <b>- 2,00 % de juros (a mês)</b> <b>- Cobrar multa após 1 dia do vencimento</b>					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0024-59</b> <b>AV RUI BARBOSA, 254 - SANTANA</b> <b>São José dos Campos - SP - CEP: 12212-000</b>					
Beneficiário Final					

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	42297.13500 00058.207986 00012.125829 4 92310000035567
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SAFRA S/A
<b>Código do Banco:</b>	422
<b>Código do ISPB:</b>	58160789
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>MARGEN MEDICINA DO TRABALHO L</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>MARGEN MEDICINA DO TRABALHO L</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>00.872.175/0001-99</b>
<b>Beneficiário Final</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	MARGEN MEDICINA DO TRABALHO L
<b>CPF/CNPJ:</b>	00.872.175/0001-99
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	15/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	17/01/2023
<b>Valor Nominal do Bolet</b>	355,67
<b>Juros (R\$):</b>	0,46
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	1,17
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00

<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	357,30
<b>Valor Pago (R\$):</b>	357,30
<b>Identificação do Pagamento:</b>	NF 15823 MARGEN MED

**Data/hora da operação:** 17/01/2023 16:38:39

**Código da operação:** 017400417

**Chave de segurança:** 1LVAVH6Y1LMCSJMX

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli**

AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Galpao 1  
Vila Areao - 12061-100  
TAUBATE - SP Fone/Fax: 1234320006

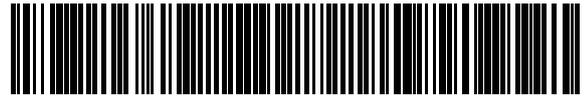
**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.013.760  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0132 7564 4400 0148 5500 1000 0137 6010 5756 4844

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

135230104624894 - 20/01/2023 14:51:18

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEBIDA DE TERC. COM ST**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

688475469116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

32.756.444/0001-48

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

CNPJ / CPF

09.268.215/0024-59

DATA DA EMISSÃO

20/01/2023

ENDEREÇO

**AV Rui Barbosa, 2455**

BAIRRO / DISTRITO

**Santana**

CEP

**12212-000**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

20/01/2023

MUNICÍPIO

**SAO JOSE DOS CAMPOS**

UF

FONE / FAX

**1130352779**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

14:51:14

FATURA / DUPLICATA

Num. 001  
Enc. 20/01/2023  
Valor R\$ 1.521,13

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
30,60	5,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,16	1.521,13
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,03	1.521,13

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

**(1) Dest/Rem**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

40

ESPÉCIE

**VOLUME**

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
01.10.237.0002	COPO DESCARTAVEL PARA AGUA 180ML BRANCO ECONOPOT	39241000	060	5405	CX	4,0000	106,0000	424,00	0,00	0,00		0,00	
01.16.010.0002	ODORIZADOR LAVANDA 360 ML - AUDAX	33074900	000	5102	UN	2,0000	15,3000	30,60	30,60	5,51		18,00	
01.28.199.0006	PAPEL HIGIENICO ROLAO LUXO 8X10 FD EUROPEL - WHITE PAPER	48181000	060	5405	FD	12,0000	35,0000	420,00	0,00	0,00		0,00	
01.28.199.0013	PAPEL TOALHA INTERFOLHA BRANCO 20X21 NEWCLEAN - POLIPEL	48182000	060	5405	PCT	25,0000	8,1200	203,00	0,00	0,00		0,00	
01.27.151.0002	SACO PEAD 100L AZUL 75X80 0,3 - PMB	39232190	060	5405	PCT	3,0000	22,4300	67,29	0,00	0,00		0,00	
01.27.105.0137	SACO PEAD 60L AZUL 60X70 0,4	39232190	060	5405	PCT	4,0000	20,1600	80,64	0,00	0,00		0,00	
01.21.151.0001	SACO PEAD 60L PRETO 55X65 0,3 - PMB	39232190	060	5405	PAC	5,0000	13,1600	65,80	0,00	0,00		0,00	
01.31.061.0021	SACO PEAD INFECTANTE 100L BRANCO 0,3 - EBC	39232190	060	5405	PCT	3,0000	40,6000	121,80	0,00	0,00		0,00	
01.31.143.0003	SACO PEAD INFECTANTE 50L BRANCO 0,4 ALTA DENSIDADE - PB	39232190	060	5405	PCT	3,0000	36,0000	108,00	0,00	0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA : 09268215002459-AV Rui Barbosa, 2455 - CEP: 12212-000 - Santana SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

Inf. Contribuinte: PIS E COFINS TRIBUTADOS A ALIQUITA ZERO CONFORME LEI Nº 12.839/2013

"Pedido:" 14005

Portaria CAT nº 68/2019 0,00 / 0,00

Portaria CAT nº 84/2019. 0,00 / 0,00

No. Ped. Cliente: 20230117015 Email do Destinatário: CONTATO@INCS.ORG.BR

RESERVADO AO FISCO

**Orçamento nº. 6272. 1**

KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli

AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Vila Areão, TAUBATE - SP CEP 12061-100

Tel.: (12) 3432-0006 Fax: CNPJ:32.756.444/0001-48 IE: 688.475.469.116 Site: www.kmcleandistribuidora.com.br

12/01/2023 16:07:27

Validade: 12/01/2023

Cliente	Nome/Razão Social	CPF/CNPJ	Inscr. Est./ R.G.	Condição de Pagamento	Representante	Transportadora	Frete
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		09.268.215/0024-59		30 DIAS	Daniele Jesus		Destinatário

Endereço: AV Rui Barbosa, 2455, Santana SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP CEP: 12212-000  
 Telefone : 11 3035-2779 E-Mail : compras@integralogsaude.com.br

**Valores R\$**

Base ICMS	ICMS	Base ICMS Subst.	ICMS Subst.	Total Produtos	Total Serviços	Frete	IPI	Total Orçamento
30,60	5,51	0,00	0,00 +	1.521,12 +	0,00 +	0,00 +	0,00 =	1.521,12

**Observação**

Item	Descrição	UN	Class.		Garant. (Meses)	Quant.	Preço Unit.	Preço Total	Valor IPI	Preço Total IPI	Entrega	
			Fiscal								Data	Quant.
<input checked="" type="checkbox"/>	01.10.237.0002	COPO DESCARTÁVEL PARA ÁGUA 180ML BRANCO ECONOPOT	CX	39.24.10.00		4,0000	106,0000	424,00	0,00	424,00	12/01/2023	4,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.16.010.0013	ODORIZADOR JASMIM 400 ML - BETTANIN	UN	33.07.49.00		2,0000	15,3000	30,60	0,00	30,60	12/01/2023	2,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.28.199.0011	PAPEL HIGIÊNICO ROLÃO BRANCO 8X300 BOMPELL HB02-F - POLIPEL	PAC	48.18.10.00		12,0000	35,0000	420,00	0,00	420,00	12/01/2023	12,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.28.199.0013	PAPEL TOALHA INTERFOLHA BRANCO 20X21 NEWCLEAN - POLIPEL	PCT	48.18.20.00		25,0000	8,1200	203,00	0,00	203,00	12/01/2023	25,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.27.151.0002	SACO PEAD 100L AZUL 75X80 0,3 - PMB	PCT	39.23.21.90		3,0000	22,4280	67,28	0,00	67,28	12/01/2023	3,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.27.105.0137	SACO PEAD 60L AZUL 60X70 0,4	PCT	39.23.21.90		4,0000	20,1600	80,64	0,00	80,64	12/01/2023	4,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.21.151.0005	SACO PEAD 60L PRETO 60X65 0,3 - FBS	PAC	39.23.21.90		5,0000	13,1600	65,80	0,00	65,80	12/01/2023	5,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.31.061.0021	SACO PEAD INFECTANTE 100L BRANCO 0,3 - EBC	PCT	39.23.21.90		3,0000	40,6000	121,80	0,00	121,80	12/01/2023	3,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.31.143.0003	SACO PEAD INFECTANTE 50L BRANCO 0,4 ALTA DENSIDADE - PB	PCT	39.23.21.90		3,0000	36,0000	108,00	0,00	108,00	12/01/2023	3,0000

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0710 / 00000089092-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KM CLEAN DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	32.756.444/0001-48
<b>Valor:</b>	R\$ 1.521,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 6272 KM CLEAN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	17/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	17/01/2023 10:49:10

<b>Código da operação:</b>	00116837
<b>Chave de segurança:</b>	3VYX5TRT7HE3VZE9

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Paraíso da Grande São Paulo

## Município de Santa Isabel

Secretaria Municipal de Administração e Finanças

### NOTA FISCAL ELETRÔNICA - NFE / ISSQN

Avenida República 530 - Centro - Santa Isabel/SP - 07500-000 - Fone: (11) 4656-8700

Número da NF

00000672

Data e Hora de Emissão

04/01/2023 10:29:56

Código de Verificação

8375-E004C

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

C.P.F. / C.N.P.J.: 25.035.863/0001-25 I.M.: 27572002761 I.E.:  
Nome / Razão Social: CLIMASIM SOLUÇÕES EM AR CONDICIONADO EIRELI - ME  
Endereço: RUA PROFESSORA LAURENTINA LORENA CORREA DA SILVA, 26 - CENTRO  
Município: SANTA ISABEL UF: SP CEP: 07500000  
E-mail: brazilconsultoria@uol.com.br

### TOMADOR DE SERVIÇOS

C.P.F. / C.N.P.J.: 09.268.215/0010-53 I.M.: I.E.:  
Nome / Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE - INCS UPA ALTO DA P  
Endereço: RUA ALZIRO LEBRÃO, 76 - ALTO DA PONTE CEP: 12212-531  
Município: SAO JOSE DOS CAMPOS UF: SP E-mail: viviane.miranda@incs.org.br

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADOS DA UPA ALTO DA PONTE NO MÊS DE DEZEMBRO DE 2022 EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, DO PERÍODO DE 01/12/2022 À 31/12/2022 FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSE DOS CAMPOS-SP.

VENCIMENTO EM 06/01/2023.

UPA - ALTO DA PONTE - SÃO JOSE DOS CAMPOS SP

DADOS BANCÁRIOS PARA DEPOSITO

SICREDI  
AG 0710  
C/C 24324-3  
CNPJ 25.035.863/0001-25 - PIX  
CLIMASIM

VALOR TOTAL DA NOTA =R\$ 3.000,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA =R\$ 3.000,00

Código do Serviço

14-1 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISAO, CARGA E RECARGA, CONserto, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MAQUINAS, VEICULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO( EXCETO PEÇAS E PARTES EMPREGADAS, QUE FICAM SUJ

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)
0,00	3.000,00	***	Veja observações abaixo

### OUTRAS INFORMAÇÕES

- Empresa optante do Simples Nacional.
- Local de Prestação: Sede do Prestador.
- Base de cálculo de R\$ 3.000,00 e alíquota fornecida pelo prestador de 3,00% - Valor ISSQN R\$ 90,00



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0710 / 00000024324-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLIMASIM SOLUCOES EM AR CONDICIONADO EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	25.035.863/0001-25
<b>Valor:</b>	R\$ 3.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 672 CLIMASIM
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	17/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	17/01/2023 13:32:46

<b>Código da operação:</b>	00129401
<b>Chave de segurança:</b>	LQPCCMVMCLGN5SPG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	<b>Nº 14.160</b> <b>SÉRIE: 1</b>

 <b>KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli</b> AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Galpao 1 - Vila Areao, TAUBATE, SP - CEP: 12061-100 - Fone (12) 3432-0006	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> <b>Nº 14.160</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 2</b>	CONTROLE DO FISCO 
		CHAVE DE ACESSO <b>3523 0232 7564 4400 0148 5500 1000 0141 6017 7987 6928</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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDE DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIRO</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230290909158 - 24/02/2023 16:32</b>
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>688.475.469.116</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ <b>32.756.444/0001-48</b>
--	------------------------------------	-----------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE/ INCS</b>	CPF/CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	DATA DA EMISSÃO <b>24/02/2023</b>
---	---------------------------------------	--------------------------------------

ENDEREÇO <b>R Rua Alziro Lebrao, 76</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Alto da Ponte</b>	CEP <b>12212-530</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>24/02/2023</b>
--	---	-------------------------	--

MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	FONE/FAX <b>(12) 99755-7957</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>16:32</b>
---	------------------------------------	-----------------	--------------------	---------------------------------------

LOCAL DE ENTREGA

CPF/CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	ENDEREÇO <b>R Rua Alziro Lebrao, 76 - CEP: 12212-530, Alto da Ponte, SAO JOSE DOS CAMPOS/SP</b>
---------------------------------------	--

FATURAMENTO

/ Num.: 14160 / V. Orig.: 1763,13 / V. Liq.: 1763,13
--

FATURAS / DUPLICATAS

Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR
1-1	24/02/2023	1.763,13									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>842,17</b>	VALOR DO ICMS <b>151,58</b>	BASE DE CÁLC. DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR APROX. TRIBUTOS <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>1.763,13</b>
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>1.763,13</b>

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA <b>1-DESTINATÁRIO</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CPF/CNPJ
--------------	--	-------------	---------------	----	----------

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
----------	-----------	----	--------------------

QUANTIDADE <b>66</b>	ESPÉCIE <b>VOLUME</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>81,376</b>	PESO LÍQUIDO <b>80,000</b>
-------------------------	--------------------------	-------	-----------	-----------------------------	-------------------------------

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01.01.130.0037	DETERGENTE CONCENTRADO MAX P/ DILUICAO GL 5LT - KM CLEAN	38089419	000	5102	PC	3,0000	50,9250	152,78	152,78	27,50	0,00	18,00	0,00
01.16.015.0093	DISCO LIMPADOR BRANCO 380mm - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	1,0000	15,5848	15,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0086	DISCO LIMPADOR VERDE 350mm - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	2,0000	22,4840	44,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0088	DISCO REMOVEDOR PRETO 380MM REF 9638 - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	3,0000	23,3618	70,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0065	ESCOVA PLASTICA P/ AZULEJOS E CANTINHOS - BETTANIN	96039000	000	5102	UN	1,0000	7,0070	7,01	7,01	1,26	0,00	18,00	0,00
01.16.024.0006	FIBRA DE LIMPEZA MACIA BRANCA 100X260 - BRITISH	68053090	060	5405	UN	30,0000	1,3296	39,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0122	FIBRA DE LIMPEZA PESADA VERDE SLIM102X260 REF:SP9526FR - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	40,0000	1,8480	73,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.181.0037	LUVA DE LIMPEZA AMARELA P - TALGE	40151900	060	5405	UN	11,0000	3,9270	43,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.165.0019	LUVA DE LIMPEZA FORRADA PLUS LARANJA P - SANRO	40151900	060	5405	UN	5,0000	7,0840	35,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.10.165.0003	LUVA DE LIMPEZA LIGHT AMARELA G FORRADA - SANRO	40151900	060	5405	UN	7,0000	3,8192	26,73	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 Fornecimento de DML no mes de 02/2023 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestao nº 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos - OC 20221203033 - Competencia - 02; PIS E COFINS COM TRIBUTACAO MONOFASICA, REVENDA A ALIQUITA ZERO CONFORME LEI Nº 10.147/2000, ART 1º, INCISO I; "Pedido:" 14654; Portaria CAT nº 02/2018 0,00 / 0,00; Portaria CAT nº 68/2019 0,00 / 0,00	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



**KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli**

AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Galpao 1 - Vila Areao, TAUBATE, SP - CEP: 12061-100 - Fone (12) 3432-0006

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada  
1 - Saída

1

**Nº 14.160**

**SÉRIE: 1**  
**Página 2 de 2**

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

**3523 0232 7564 4400 0148 5500 1000 0141 6017 7987 6928**

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01.16.165.0009	LUVA DE LIMPEZA SOFT VERDE G - SANRO	40151900	060	5405	UN	5,0000	6,2216	31,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.165.0007	LUVA DE LIMPEZA SOFT VERDE P - SANRO	40151900	060	5405	UN	10,0000	6,2216	62,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.019.0001	MOP AGUA LOOP REF SP 9127P	96039000	000	5102	UN	5,0000	12,5048	62,52	62,52	11,25	0,00	18,00	0,00
01.16.015.0126	PANO MULTIUSO AZ C/ 50 PANOS	56039290	000	5102	UN	3,0000	17,7100	53,13	53,13	9,56	0,00	18,00	0,00
01.01.105.0001	PEROXIDO DE HIDROGENIO LIMPADOR HOSPITALAR CONCENTRADO GL 5L - KM CLEAN	38089419	000	5102	GL	6,0000	78,8865	473,32	473,32	85,20	0,00	18,00	0,00
01.35.130.0015	PRATIC SAN 5L REF 111478 - NOORDHEN	34023100	060	5405	GL	7,0000	53,0209	371,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.105.0012	RODO PLASTICO 40 CM - KM CLEAN	96039000	000	5102	UN	5,0000	5,8828	29,41	29,41	5,29	0,00	18,00	0,00
01.01.203.0001	SABAO EM PEDRA NEUTRO GLICERINADO 200G C/5 - YPE	34011900	060	5405	PCT	6,0000	17,7800	106,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.01.010.0002	SAPONACEO 300ML	34054000	000	5102	UN	15,0000	4,2664	64,00	64,00	11,52	0,00	18,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**Orçamento nº. 5967. 1**

KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli  
 AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Vila Areão, TAUBATE - SP CEP 12061-100

Tel.: (12) 3432-0006 Fax: CNPJ:32.756.444/0001-48 IE: 688.475.469.116 Site: www.kmcleandistribuidora.com.br

09/12/2022 10:01:48

Validade: 09/12/2022

Cliente	Nome/Razão Social	CPF/CNPJ	Inscr. Est./ R.G.	Condição de Pagamento	Representante	Transportadora	Frete
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		09.268.215/0010-53		30 DIAS	Daniele Jesus		Destinatário

Endereço: R Alzirio Lebrão, 76, Alto da Ponte SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP CEP: 12212-500  
 Telefone : 15 3035-2779 E-Mail : INCS@INCS.ME.BR

**Valores R\$**

Base ICMS	ICMS	Base ICMS Subst.	ICMS Subst.	Total Produtos	Total Serviços	Frete	IPI	Total Orçamento
953,23	171,58	0,00	0,00 +	1.763,13 +	0,00 +	0,00 +	0,00 =	1.763,13

**Observação**

Item	Descrição	UN	Class.		Garant. (Meses)	Quant.	Preço Unit.	Preço Total	Valor IPI	Preço Total IPI	Entrega	
			Fiscal								Data	Quant.
✓	01.01.052.0021	DESINFETANTE PINHO CANADENSE 5L REF 06510030 - DVISÃO	GL	38.08.94.19		1,0000	6,6300	6,63	0,00	6,63	09/12/2022	1,0000
✓	01.35.130.0015	DESINFETANTE USO GERAL/ CLORADO REF 111478 - NOORDHEN	GL	34.02.31.00		8,0000	53,0209	424,17	0,00	424,17	09/12/2022	8,0000
✓	01.01.130.0037	DETERGENTE CONCENTRADO MAX P/ DILUIÇÃO GL 5LT - KM CLEAN	GL	38.08.94.19		3,0000	40,1078	120,32	0,00	120,32	09/12/2022	3,0000
✓	01.16.015.0093	DISCO LIMPADOR BRANCO 380MM - BETTANIN	UN	68.05.30.90		1,0000	14,1680	14,17	0,00	14,17	09/12/2022	1,0000
✓	01.16.015.0086	DISCO LIMPADOR VERDE 350MM - BETTANIN	UN	68.05.30.90		2,0000	20,4400	40,88	0,00	40,88	09/12/2022	2,0000
✓	01.16.015.0088	DISCO REMOVEDOR PRETO 380MM REF 9638 - BETTANIN	UN	68.05.30.90		3,0000	21,2380	63,71	0,00	63,71	09/12/2022	3,0000
✓	01.35.130.0044	ENVION DESINCRUSTANTE ÁCIDO 1 LT REF. 624001 - NOORDHEN	LT	38.08.94.19		10,0000	29,6275	296,28	0,00	296,28	09/12/2022	10,0000
✓	01.16.015.0065	ESCOVA PLÁSTICA P/ AZULEJOS E CANTINHOS - BETTANIN	UN	96.03.90.00		1,0000	6,3700	6,37	0,00	6,37	09/12/2022	1,0000
✓	01.16.138.0033	ESPANADOR ELETROTASTICO C/ CABO REF. 972354 - PERFECT	UN	96.03.90.00		1,0000	44,7000	44,70	0,00	44,70	09/12/2022	1,0000
✓	01.01.010.0002	FACILITA SAPONACEO 300ML 112004 - AUDAX	UN	34.05.40.00		5,0000	3,8244	19,12	0,00	19,12	09/12/2022	5,0000
✓	01.16.024.0006	FIBRA DE LIMPEZA MACIA BRANCA 100X260 - BRITISH	UN	68.05.30.90		10,0000	1,2088	12,09	0,00	12,09	09/12/2022	10,0000
✓	01.16.015.0122	FIBRA DE LIMPEZA PESADA VERDE SLIM102X260 REF:SP9526FR - BETTANIN	UN	68.05.30.90		20,0000	1,8000	36,00	0,00	36,00	09/12/2022	20,0000
✓	01.16.026.0003	FLANELA BRANCA 38X58CM	UN	63.07.10.00		20,0000	1,9471	38,94	0,00	38,94	09/12/2022	20,0000
✓	01.16.181.0037	LUVA DE LIMPEZA AMARELA P - TALGE	UN	40.15.19.00		5,0000	4,0800	20,40	0,00	20,40	09/12/2022	5,0000
✓	01.16.165.0019	LUVA DE LIMPEZA FORRADA PLUS LARANJA P - SANRO	UN	40.15.19.00		5,0000	6,4400	32,20	0,00	32,20	09/12/2022	5,0000
✓	01.10.165.0003	LUVA DE LIMPEZA LIGHT AMARELA G FORRADA - SANRO	UN	40.15.19.00		5,0000	3,9680	19,84	0,00	19,84	09/12/2022	5,0000
✓	01.10.165.0002	LUVA DE LIMPEZA LIGHT AMARELA M FORRADA - SANRO	UN	40.15.19.00		5,0000	3,9680	19,84	0,00	19,84	09/12/2022	5,0000
✓	01.16.165.0009	LUVA DE LIMPEZA SOFT VERDE G - SANRO	UN	40.15.19.00		5,0000	6,0600	30,30	0,00	30,30	09/12/2022	5,0000
✓	01.16.165.0008	LUVA DE LIMPEZA SOFT VERDE M - SANRO	UN	40.15.19.00		5,0000	6,0600	30,30	0,00	30,30	09/12/2022	5,0000
✓	01.16.165.0007	LUVA DE LIMPEZA SOFT VERDE P - SANRO	UN	40.15.19.00		5,0000	6,0600	30,30	0,00	30,30	09/12/2022	5,0000
✓	01.16.019.0001	MOP ÁGUA LOOP REF SP 9127P	UN	96.03.90.00		2,0000	12,1800	24,36	0,00	24,36	09/12/2022	2,0000
✓	01.16.181.0051	PANO MULTIUSO AZUL 240X0,27M 35 G CÓD SP 2720AZ-SUPERPRO BETTANIN	UN	56.03.12.90		1,0000	98,0000	98,00	0,00	98,00	09/12/2022	1,0000
✓	01.01.105.0001	PEROXIDO DE HIDROGÊNIO LIMPADOR HOSPITALAR CONCENTRADO GL 5L - KM CLEAN	GL	38.08.94.19		4,0000	72,7280	290,91	0,00	290,91	09/12/2022	4,0000
✓	01.16.202.0018	RODO PUXA SECA PLÁSTICO 40CM 1048 - YM	UN	96.03.90.00		1,0000	7,6020	7,60	0,00	7,60	09/12/2022	1,0000
✓	01.01.203.0001	SABÃO EM PEDRA NEUTRO GLICERINADO 200G C/5 - YPÊ	PCT	34.01.19.00		2,0000	17,8500	35,70	0,00	35,70	09/12/2022	2,0000



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0710 / 00000089092-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KM CLEAN DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	32.756.444/0001-48
<b>Valor:</b>	R\$ 1.763,13
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 59671 KM CLEAN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	17/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	17/01/2023 15:47:26

<b>Código da operação:</b>	00141673
<b>Chave de segurança:</b>	CXXTVKWR4Y8P3FWN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	<b>Nº 13.755</b> <b>SÉRIE: 1</b>

 <b>KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli</b> AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Galpao 1 - Vila Areao, TAUBATE, SP - CEP: 12061-100 - Fone (12) 3432-0006	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> <b>Nº 13.755</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 1</b>	CONTROLE DO FISCO 
		CHAVE DE ACESSO <b>3523 0132 7564 4400 0148 5500 1000 0137 5515 5690 4250</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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEBIDA DE TERC. COM ST</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230102888975 - 20/01/2023 10:21</b>
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>688.475.469.116</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ <b>32.756.444/0001-48</b>
--	------------------------------------	-----------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE/ INCS</b>	CPF/CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	DATA DA EMISSÃO <b>20/01/2023</b>
---	---------------------------------------	--------------------------------------

ENDEREÇO <b>R Rua Alziro Lebrao, 76</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Alto da Ponte</b>	CEP <b>12212-530</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>20/01/2023</b>
--	---	-------------------------	--

MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	FONE/FAX <b>(12) 99755-7957</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>10:21</b>
---	------------------------------------	-----------------	--------------------	---------------------------------------

LOCAL DE ENTREGA

CPF/CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	ENDEREÇO <b>R Rua Alziro Lebrao, 76 - CEP: 12212-530, Alto da Ponte, SAO JOSE DOS CAMPOS/SP</b>
---------------------------------------	--

FATURAMENTO

/ Num.: 13755 / V. Orig.: 4012,72 / V. Liq.: 4012,72

FATURAS / DUPLICATAS

Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR
1-1	20/01/2023	4.012,72									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>1.621,42</b>	VALOR DO ICMS <b>291,86</b>	BASE DE CÁLC. DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR APROX. TRIBUTOS <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>4.012,72</b>
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>4.012,72</b>

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA <b>1-DESTINATÁRIO</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CPF/CNPJ
--------------	--	-------------	---------------	----	----------

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
----------	-----------	----	--------------------

QUANTIDADE <b>60</b>	ESPÉCIE <b>VOLUME</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>35,602</b>	PESO LÍQUIDO <b>35,000</b>
-------------------------	--------------------------	-------	-----------	-----------------------------	-------------------------------

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01.10.036.0015	COPO DESCARTAVEL PARA AGUA 180ML BR - IBRASDE	39241000	060	5405	CX	15,0000	106,0000	1.590,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0057	ESPONJA MULTIUSO S/ PELICULA REF. SP9471SP - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	15,0000	0,9900	14,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.28.185.0002	PAPEL TOALHA BOBINA SOFT - FTB60 100% CEL. AUTO CORTE TOP PAPER	48182000	000	5102	FAR	20,0000	79,0720	1.581,44	1.581,44	284,66	0,00	18,00	0,00
01.28.199.0013	PAPEL TOALHA INTERFOLHA BRANCO 20X21 NEWCLEAN - POLIPEL	48182000	060	5405	PCT	84,0000	8,1200	682,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.01.052.0002	SABONETE PEROLADO ERVA DOCE GALAO 5L REF 14510005 - DVISAO	34011190	060	5405	GL	7,0000	14,9100	104,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.219.0003	SACO ALVEJADO BRANCO G3 PREMIUM 45X65	63071000	000	5102	UN	12,0000	3,3320	39,98	39,98	7,20	0,00	18,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Fornecimento de DML no mes 01/2023 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestao nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE e a P.M de Sao Jose dos Campos - OC 20230103035; PIS E COFINS COM TRIBUTACAO MONOFASICA, REVENDA A ALIQUITA ZERO CONFORME LEI Nº 10.147/2000, ART 1º, INCISO I; "Pedido:" 14029; Portaria CAT nº 02/2018 0,00 / 0,00; Portaria CAT nº 68/2019 0,00 / 0,00; Portaria CAT nº 84/2019. 0,00 / 0,00; No. Ped. Cliente: 20230103035	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

**Orçamento nº. 6311. 1**

KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli  
 AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Vila Areão, TAUBATE - SP CEP 12061-100

Tel.: (12) 3432-0006 Fax: CNPJ:32.756.444/0001-48 IE: 688.475.469.116 Site: www.kmcleandistribuidora.com.br

16/01/2023 15:51:04

Validade: 16/01/2023

Cliente	Nome/Razão Social	CPF/CNPJ	Inscr. Est./ R.G.	Condição de Pagamento	Representante	Transportadora	Frete
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAÚDE/ INCS		09.268.215/0001-62		30 DIAS	Daniele Jesus		Destinatário

Endereço: R Rua Alziro Lebrão, 76, Alto da Ponte SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP CEP: 12212-530  
 Telefone : 12 99755-7957 E-Mail : compras2@integralogsaude.com.br

**Valores R\$**

Base ICMS	ICMS	Base ICMS Subst.	ICMS Subst.	Total Produtos	Total Serviços	Frete	IPI	Total Orçamento
1.621,42	291,86	0,00	0,00 +	4.012,72 +	0,00 +	0,00 +	0,00 =	4.012,72

**Observação**

Item	Descrição	UN	Class.		Garant. (Meses)	Quant.	Preço Unit.	Preço Total	Valor IPI	Preço Total IPI	Entrega	
			Fiscal								Data	Quant.
<input checked="" type="checkbox"/>	01.10.237.0002	COPO DESCARTÁVEL PARA ÁGUA 180ML BRANCO ECONOPOT	CX	39.24.10.00		15,0000	106,0000	1.590,00	0,00	1.590,00	16/01/2023	15,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.16.015.0057	ESPONJA MULTIUSO S/ PELICULA REF. SP9471SP - BETTANIN	UN	68.05.30.90		15,0000	0,9900	14,85	0,00	14,85	16/01/2023	15,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.28.185.0002	PAPEL TOALHA BOBINA SOFT - FTB60 100% CEL. AUTO CORTE TOP PAPER	FAR	48.18.20.00		20,0000	79,0720	1.581,44	0,00	1.581,44	16/01/2023	20,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.28.199.0013	PAPEL TOALHA INTERFOLHA BRANCO 20X21 NEWCLEAN - POLIPEL	PCT	48.18.20.00		84,0000	8,1200	682,08	0,00	682,08	16/01/2023	84,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.01.052.0005	SABONETE LIQUIDO SLM PEROLADO DOVE 5L REF 14510012 - DVISÃO	GL	34.01.19.00		7,0000	14,9100	104,37	0,00	104,37	16/01/2023	7,0000
<input checked="" type="checkbox"/>	01.16.219.0003	SACO ALVEJADO BRANCO G3 PREMIUM 45X65	UN	63.07.10.00		12,0000	3,3320	39,98	0,00	39,98	16/01/2023	12,0000



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0710 / 00000089092-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KM CLEAN DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	32.756.444/0001-48
<b>Valor:</b>	R\$ 4.012,72
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 6311 KM CLEAN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	17/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	17/01/2023 15:50:30

<b>Código da operação:</b>	00141947
<b>Chave de segurança:</b>	ZRPQL9FT2X02X43F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**FORMULÁRIO IN-30**  
**CDA -CONTROLE DE DESPESAS**  
**ADMINISTRATIVAS**



Local:	UBS SANTANA	Número:	
Colaborador:	Flávia Costa	Período de:	
Cliente:	SANTANA	Função:	GERENTE

**Despesas Com Combustível**

Combustível (gasolina, álcool):	
<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Viagem**

Uber:		Nº de Diárias:	
Hotel:		Nº de Ref.:	
Refeições:			
Aluguel de veículo			
Transporte:			
Pedágio:			
Estacionamento:			
Outras(_____):		<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Conservação do Veículo**

Reparo:	R\$ 0,00		
Lavagem:	R\$ 0,00		
Pneus:	R\$ 0,00		
Outras(_____):	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas Diversas**

Carimbos	R\$ 0,00		
Outros	R\$ 199,70		
Descartáveis	R\$ 0,00		
Papelaria	R\$ 0,00		
Reparos	R\$ 0,00		
Treinamento	R\$ 0,00		
Cópias de chave	R\$ 0,00		
Cartórios	R\$ 0,00		
Correios	R\$ 28,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 227,70</b>

<b>Total Geral:</b>	<b>R\$ 227,70</b>
<b>Adiantamento:</b>	
<b>Devolução(-)/Reembolso(+):</b>	<b>R\$ 227,70</b>

<b>Assinatura do Colaborador</b>	
--	--

<b>Assinatura do Contador</b>	
---------------------------------------	--

Shibata Comercio e Atacado de Produtos em Geral LTDA  
Rua: Pedro Rachid, 143  
Sao José dos Campos - SP  
CNPJ: 20.276.483/0008-35 IE: 125.148.670.110

Extrato No. 052719  
CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL UNITARIO (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
01	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	14,29		14,29
02	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	14,29		14,29
03	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	14,29		14,29
04	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	14,29		14,29
05	07909510780156	CHIN.RIDER STREET BABY 11645	1	UN T06	34,90		34,90

TOTAL R\$ 92,06  
CARTAO a 92,06

No.Serie do SAT 001113692  
09/01/2023 10:16:06

3523 0120 2764 8300 0835 5900 1113 6920 5271 9261 1046



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota" disponível na AppStore (Apple) e Play Store (Android)

\*Valor aprox. dos tributos do item

Referente ao cupom 100214

Trib.Aprox R\$ Fed: 4,69 Est: 6,28 Mun: 0,00

Fonte: IBPT

Boas compras, Obrigado!

Volte Sempre!

Lj:212 Cx:216 Ecf:216 Oper(a):9621-FRANCISCO ROBSO

Shibata Comercio e Atacado de Produtos em Geral LTDA  
Rua: Pedro Rachid, 143  
Sao José dos Campos - SP  
CNPJ: 20.276.483/0008-35 IE: 125.148.670.110

Extrato No. 043219  
CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL UNITARIO (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
01	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	15,59		15,59
02	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	15,59		15,59
03	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	15,59		15,59
04	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	15,59		15,59
05	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	15,59		15,59
06	07891018001386	CAFE BRASILEIRO TRADICIONAL BAG 500g	1	UN F	15,59		15,59

TOTAL R\$ 93,54  
Dinheiro 94,00  
TROCO 0,46

No.Serie do SAT 001113726  
22/12/2022 17:02:39

3522 1220 2764 8300 0835 5900 1113 7260 4321 9682 4931



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota" disponível na AppStore (Apple) e Play Store (Android)

\*Valor aprox. dos tributos do item

Referente ao cupom 082517

Fonte: IBPT

Boas compras, Obrigado!

Volte Sempre!

Lj:212 Cx:204 Ecf:204 Oper(a):11136-JEAN BRIGNOLI

SERCINHO FERRAGENS

NORTE

P S DA SILVA FERRAGENS

AVENIDA RUI BARBOSA, 2252 - Nao Informado

SANTANA - SAO JOSE DOS CAMPOS - 12212-000

CHPJ:40876687000111 IE:125229410111

EXTRATO N° 000596 do CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

#CODDESC|QTD|UNI VL UN|RS|VL TR R\$|VL ITEM R\$

0011 LAMPADA D/LED

2 M3 X 24,50 (8,22)

49,00

TOTAL R\$

49,00

Cartão de Débito

ICMS a ser recolhido conforme LC 123/2006 - Simples

05 07 05 04 - Comete crime quem sonega

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Valor pago pelo cliente : 49,00

OBRIGADO PELA PREFERENCIA, VOLTE SEMPRE

Vendedor(a): FUNCIONARIO PADRAO

OBRIGADO PELA PREFERENCIA, VOLTE SEMPRE!!!

Valor aproximado dos impostos por esfera...

FED.: 9,02 Est.: 8,33 Mun.: 0,00

Valor aproximado dos Tributos deste Cupom 8,22

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

3522 1240 8765 8700 0111 5900 0920 7940 0050 5309 3813



Consumidor

CONSUMIDOR PADRÃO

Nº Série SAT 000 920 794

01/12/2022 - 14:59:44



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota" disponível na AppStore (Apple) e Play Store (Android).  
\*Valor Aproximado dos Tributos por Item

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 234634 - AGF SANTANA  
SAO JOSE DOS CAMPOS - SP  
CNPJ....: 68169754000103 Ins Est.: 645186730110  
COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento.: 26/12/2022 Hora.....: 14:29:46  
Caixa.....: 107631725 Matrícula.: 4445\*\*\*\*\*  
Lancamento.: 055 Atendimento: 00052  
Modalidade.: A Vista ID Tiquete.: 2398631352

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEDEX A VISTA	1	28,00+
Valor do Porte(R\$)..:	21,00	
Cep Destino: 12246-856 (SP)		
Peso real (KG).....:	0,033	
Peso Tarifado:.....:	0,033	
OBJETO=====> QB870626460BR		
PE - 1 ED - S ES - S		
AVISO DE RECEBIMENTO:	7,00	

Endereco Remet.: , -

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 28,00

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado

PE - Prazo final de entrega em dias úteis,  
ED - Entrega domiciliar - Sim/Não,  
ES - Entrega sábado - Sim/Não,  
RE - Restrição de entrega - Sim/Não,  
\* Para fins de contagem do prazo de entrega,  
sábados, domingos e feriados não são  
considerados dias úteis.  
Postagens ocorridas aos sábados, domingos  
e feriados, considerar o próximo dia útil  
como o "Dia da Postagem".

TOTAL(R\$)=====> 28,00  
VALOR RECEBIDO(R\$)=> 30,00

TROCO(R\$)=====> 2,00

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

O acompanhamento desses objetos poderá ser  
realizados pelos remetentes e destinatários  
por meio do portal dos

Correios <https://www.correios.com.br/>  
ou pelo aplicativo de rastreamento

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios  
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete  
deste comprovante, para eventual contato com  
os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 8.9.04



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0642 / 001 / 00035801-0

**Nome destinatário:** FLAVIA CALIANO DA COSTA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 227,70

**Data de débito:** 17/01/2023

**Data/hora da operação:** 17/01/2023 16:34:32

**Código da operação:** 171634

**Chave de segurança:** L8YSUFG60NCMJF47

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**FORMULÁRIO IN-30**  
**CDA - CONTROLE DE DESPESAS**  
**ADMINISTRATIVAS**



Local:	UBS SANTANA	Número:	
Colaborador:	Flávia Costa	Período de:	
Cliente:	SANTANA	Função:	GERENTE

**Despesas Com Combustível**

Combustível (gasolina, álcool):	
<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Viagem**

Uber:		Nº de Diárias:	
Hotel:		Nº de Ref.:	
Refeições:			
Aluguel de veículo			
Transporte:			
Pedágio:			
Estacionamento:			
Outras(_____):		<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Conservação do Veículo**

Reparo:	R\$ 0,00		
Lavagem:	R\$ 0,00		
Pneus:	R\$ 0,00		
Outras(_____):	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas Diversas**

Carimbos	R\$ 0,00		
Outros	R\$ 50,00		
Descartáveis	R\$ 0,00		
Papelaria	R\$ 0,00		
Reparos	R\$ 0,00		
Treinamento	R\$ 0,00		
Cópias de chave	R\$ 0,00		
Cartórios	R\$ 0,00		
Correios	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 50,00</b>

<b>Total Geral:</b>	<b>R\$ 50,00</b>
<b>Adiantamento:</b>	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**TANBY**

AV DR NELSON DAVILA, 1202  
 JARDIM ALPARAISO - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP  
 CEP: 13245-031 FONE: (12)3878-7444

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da  
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA

1

Nº 000.061.133  
 SÉRIE: 3  
 FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO  
 3523 0165 0695 9300 0198 5900 1157 0660 0096 7516 8219

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

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 645.160.518.117 INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135230065604184 13/01/2023 11:14:42

CNPJ: 65.069.593/0001-98

DESTINATÁRIO REMETENTE

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

RUA EMYGDIA CAMPOLIM, 131

SOROCABA

FONE/FAX: 012988445806 UF: SP

CNPJ/CPF: 09.268.215/0001-62 DATA DE EMISSÃO: 13/01/2023

BAIRRO/DISTRITO: PARQUE CAMPOLIM CEP: 18047-626 DATA DE SAÍDA-ENTRADA

FATURA/DUPLICATA

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

VALOR DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	7,25	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	50,00
VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	50,00		

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

FRETE POR CONTA: 4-Tr.prop Dest

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

MUNICIPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

**PRODUTO/SERVIÇO**

NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	VLR APROX. TRIBUTOS
48119010	060	5929	BB	1	48,50	48,50	0,00	0,00	0	6,85
96081000	260	5929	UN	1	1,50	1,50	0,00	0,00	0	0,40

**NOTAS ADICIONAIS**

Referenciado: 3523 0165 0695 9300 0198 5900 1157 0660 0096 7516 8219

PAGAMENTO A VISTA \*\*\*

Entrega Via: Retira

Endereço Cliente: 26086 Vendedor(a): 175 YASMIN GABRIELLI TOLEDO DE ARAUJO

IMPOSTO RECOLHIDO PELO CUPOM FISCAL: 213038/CAIXA: 1/DATA: 13/01/2023

Fonte: IBPT/empre BEA5CD

RESERVADO AO FISCO

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0642 / 001 / 00035801-0

**Nome destinatário:** FLAVIA CALIANO DA COSTA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 50,00

**Data de débito:** 17/01/2023

**Data/hora da operação:** 17/01/2023 16:36:17

**Código da operação:** 171636

**Chave de segurança:** WSGELG9KM94HYSLN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

Número da Nota

**00000001395**

Data e Hora de Emissão

**26/12/2022 08:36**

Número NFSe substituída:

**Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e**

<b>Competência:</b> 12/2022	<b>Número do RPS:</b> 1423	<b>Município de Prestação do Serviço:</b> Ribeirão Preto/SP	<b>Código de Verificação</b> D6 6D CB	<b>Página</b> 1 / 2
--------------------------------	-------------------------------	--	--	------------------------

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **Correa Ribeiro & Braga Sociedade de Advogados**  
 CPF/CNPJ: **11.639.106/0001-56** Inscrição Municipal: **14117701**  
 Endereço: **Rua Alice Alem Saadi, 855 - Nova Ribeirania - CEP: 14096-570**  
 Complemento: **CONJ. 1901** Telefone: **(16)9427-5372**  
 Município: **3543402 - Ribeirão Preto/SP** UF: **SP** e-mail: **contato@crbadv.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
 CPF/CNPJ: **09.268.215/0024-59** Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:  
 Endereço: **AV RUI BARBOSA 254, 0 - SANTANA - CEP: 12212-000** Telefone: **(12)3923-6586**  
 Complemento: Município: **3549904 - São José dos Campos/SP** UF: **SP**  
 e-mail:

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**PRESTACAO DE SERVICOS ADVOCATICIOS**

Advocacia consultiva e contenciosa, com atuação exclusiva nas áreas de direito civil, penal e administrativo, referente ao Convênio n 07/2020 entre INCS e P.M. de São José dos Campos .

Forma de Pagamento: Depósito Bancário.

Banco do Brasil Ag: 4015-0 Conta Corrente: 17.301-0

Alíquota ISS 4,63%

Competência: 12/2022.

Vencimento: 15/01/2023

Código do Serviço: **17.14 - Advocacia.**

**TRIBUTOS FEDERAIS**

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IR (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>		<b>Outras Informações</b>		<b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b>	
Valor dos Serviços	2.500,00	Natureza da Operação		Valor dos Serviços	2.500,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1 - Tributação no município		(-) Deduções permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	3 - Sociedade de profissionais		(=) Base de Cálculo	2.500,00
(-) Outras Retenções	0,00			(x) Alíquota (%)	4,63
(-) ISS Retido	0,00			ISS a reter:	2 - Não
<b>(=) Valor Líquido</b>	<b>2.500,00</b>	Opção Simples Nacional	Sim	<b>(=) Valor ISS</b>	<b>115,75</b>
		Incentivador Cultural	Não		

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.500,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL**  
**ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

Número da Nota

**00000001395**

Data e Hora de Emissão

**26/12/2022 08:36**

Número NFSe substituída:

**Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e**

Competência:  
**12/2022**

Número do RPS:  
**1423**

Município de Prestação do Serviço:  
**Ribeirão Preto/SP**

Código de Verificação  
**D6 6D CB**

Página  
**2 / 2**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Recebi(emos) de **Correa Ribeiro & Braga Sociedade de Advogados**  
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletronica de Serviço (NFSe) ao lado.  
**Emissão:26/12/22-Tomador:INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE-Total:2.500,00**

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Identificação e Assinatura do Recebedor \_\_\_\_\_

Número da Nota

**00000001395**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4015 / 00000017301-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CORREA RIBEIRO E BRAGA SOCIEDADE DE ADVO
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.639.106/0001-56
<b>Valor:</b>	R\$ 2.500,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1395 CORREA RIBEI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	18/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	18/01/2023 11:58:54

<b>Código da operação:</b>	00122275
<b>Chave de segurança:</b>	UONE5ENK7ZR25C0U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE JORGE LUIS DE OLIVEIRA SJ DOS CAMPOS - FORTALEZA SOLUCOES PR OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
EMIÇÃO: 20/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 1.138,60 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0001-62 - AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 -  
5º AND-SALA 51 PARQUE CAMPOLIM - SOROCABA - SP

NF-e  
Nº000.001.666  
SÉRIE : 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

 <p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº000.001.666 SÉRIE 001 FOLHA 01 / 02	
	CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0016 6611 1830 2883	
	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 135230102935287 20/01/2023 10:27:45		
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b>	IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 03.072.845/0002-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119		

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	CPF/CNPJ 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 20/01/2023
ENDEREÇO <b>Avenida Antonio Carlos Comitre, 1393 - 5º And-Sala 51</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP 18047-620
MUNICÍPIO <b>Sorocaba</b>	FONE / FAX <b>(12) 99764-1457</b>	UF <b>SP</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA ENTRADA / SAÍDA 10:27

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR ICMS DESONERADO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.138,60
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.138,60

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL <b>Fortaleza Solucoes Profissionais para Limpeza</b>	FRETE POR CONTA <b>3 - Próp. Emit.</b>	CÓDIGO ANTT <b>EXS9885</b>	UF <b>SP</b>	CNPJ/CPF 03.072.845/0002-61	
ENDEREÇO <b>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694</b>	MUNICÍPIO <b>Sao Jose dos Campos</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	V. DESC.	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
050004	PAPEL HIG. USEPAPER ROLAO BRANCO C/ 8 ROLOS	48181000	0500	5405	UNI	20	33,55	671,00	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 211,03 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
220040	SACO DE LIXO FLEX 100L PRETO 100UNID	39232910	0500	5405	UNI	4	30,90	123,60	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 45,87 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
540245	ALCOOL GEL MEGAFIO 70º INPM 5 LITROS	22072019	0500	5405	UNI	7	42,40	296,80	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 105,30 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
12	DETERGENTE NEUTRO LARI PRIME 05 L	34029090	0102	5102	UNI	2	12,50	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 8,66 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
7370	LUVA LIMPEZA LARANJA M TALGE	40151900	0102	5102	UNI	3	3,70	11,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 2,41 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
7371	LUVA LIMPEZA LARANJA G TALGE	40151900	0102	5102	UNI	3	3,70	11,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 2,41 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Documento emitido por EPP optante pelo Simples Nacional Nao gera credito de ICMS e IPI. ICMS recolhido antecipadamente por Substituicao Tributaria conforme Art. 313K e 313L do RICMS. Larissa dos Santos Vilas Boas Compradora: Olimpia Junko Sasaki - Ordem de Compra Numero: 20230103035 - Fornecimento de DML no mes de 01/2023 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestao nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE e a P.M. de Sao Jose dos Campos. OC 20230103035. - Pagamento: Deposito Bancario	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr</p> <p><b>FORTALEZA</b> Seleção Profissional para Limpeza</p> <p>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA</p> <p>N°000.001.666 SÉRIE 001 FOLHA 02/02</p>		
	CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0016 6611 1830 2883		
	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		
	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230102935287 20/01/2023 10:27:45		
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b>	IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	03.072.845/0002-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119			

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Entrega: Rua Alziro Lebrao, 76 - Alto da Ponte/Sao Jose dos Campos

# Φ Fortaleza - Soluções Profissionais para Limpeza

Data : 16/01/2023

15:41:28

Av. Dr. Nelson D'Ávila, 1245 - Jardim São Dimas - São José dos Campos - SP

TEL. (12) 3204-3813 3204-3814

 (12) 98848-1156 98884-5298 98807-7419

[vendas@lojafortaleza.com](mailto:vendas@lojafortaleza.com)

[www.lojafortaleza.com](http://www.lojafortaleza.com)

Orçamento de Venda

Nome do vendedor: Larissa V.

Código do cliente: 1 CLIENTE LOJA

Sequência: 6372

Quantidade	Descrição	Preço Unitário	Preço Total
20	PAPEL HIG. USEPAPER ROLÃO BRANCO C/ 8 ROLOS	33,55	671,00
4	SACO DE LIXO FLEX 100L PRETO 100UNID	30,90	123,60
7	ALCOOL GEL MEGAFIO 70° INPM 5 LITROS	42,40	296,80
2	DETERGENTE NEUTRO LARI PRIME 05 L	12,50	25,00
3	LUVA LIMPEZA LARANJA M TALGE	3,70	11,10
3	LUVA LIMPEZA LARANJA G TALGE	3,70	11,10

UPA ALTO DA PONTE

**Valor Total 1.138.60**  
**Total com Desconto 1.138.60**



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8048 / 00000099703-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FORTALEZA SOLUCOES PROFISSIONAIS PARA LI
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.072.845/0002-61
<b>Valor:</b>	R\$ 1.138,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 6372 FORTALEZA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	18/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	18/01/2023 16:35:52

<b>Código da operação:</b>	00143642
<b>Chave de segurança:</b>	H0EZ0A4248GHPSQ2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBI(EMOS) DE	BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A	, A(S) MERCADORIA(S) CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO:	NF-e Nº 2991738 SÉRIE 3
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

 <p><b>BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A</b></p> <p>RUA JOSE MARTINS FERNANDES, 601 (CL IMIGRANTE) GALPAO 32 BATISTINI - SAO BERNARDO DO CAMPO - SP FONE: S/N CEP: 09843-400</p>	<p><b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p> <p>0-ENTRADA 1-SAÍDA</p> <p>Nº 2991738 SÉRIE 3 FL 1 / 2</p>	
	<p>CHAVE DE ACESSO</p> <p>3523 0103 7469 3800 0143 5500 3002 9917 3812 2717 1674</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>	

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA	135230101730368 20/01/2023 07:43:46-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.
799061402111	CNPJ
	03.746.938/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF/ID Estrangeiro	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL		09.268.215/0001-62	20/01/2023
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV ANTONIO C COMITRE, 1393, AND 5 SL 51	PRQ CAMPOLIM	18047-620	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
SOROCABA		SP	HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA		
001	20/01/2023	1.084,53

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.084,53	195,22	0,00	0,00	1.074,81
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	9,72
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.084,53

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				
NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
TRANSPORTADORA RISSO LTDA	0 - Remetente			SP
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
DOUTOR FREIRE CISNEIRO 97	SAO PAULO	SP	52.661.634/0002-70	111091280118
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO
7	VOL	BRS	7	71,200
				PESO LÍQUIDO
				71,200

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																
CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNIDADE COM	UNIDADE TRIB	QUANTIDADE COM	QUANTIDADE TRIB	VLR UNITÁRIO COM	VLR UNITÁRIO TRIB	VALOR TOTAL	BC CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
004849	Caneta Marca Texto BRW Fluorescente Amarela	96082000	200	5102	UN	UN	4.0000	4.0000	1,480000	1,48	5,92	5,92	1,07	0,00	18,00	0,00
007000	Cola em Bastao Pritt 40g	35061090	000	5102	UN	UN	2.0000	2.0000	12,630000	12,63	25,26	25,26	4,55	0,00	18,00	0,00
023058	Saco Cristal Upbag 40x60cm 90UN	39232990	000	5102	UN	UN	1.0000	1.0000	28,510000	28,51	28,51	28,51	5,13	0,00	18,00	0,00
023059	Saco Cristal Upbag 15x30cm 500UN	39232990	000	5102	UN	UN	1.0000	1.0000	25,900000	25,90	25,90	25,90	4,66	0,00	18,00	0,00
029618	Caneta Esferografica Compactor Economic 1,0mm Azul	96081000	000	5102	UN	UN	50.0000	50.0000	0,540000	0,54	27,00	27,00	4,86	0,00	18,00	0,00
030875	Fichario Universitario ACP 40mm	83040000	000	5102	UN	UN	2.0000	2.0000	16,900000	16,90	33,80	33,80	6,08	0,00	18,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>[Numero do Pedido: P1-4725167-] 0230122.3003AS - [2229408 - Av Alto do Rio Doce] - ENTREGAR: Avenida Alto do Rio Doce 1566 Jardim Altos de Santana Sao Jose dos Campos SP 12214010 3549904  - Das 08h/16h de Seg a Sex Compras Jacilene 12 99642-3869 - [ em 18/01/2023] - - Contrato de Gestao no 559/2022 INCS e Prefeitura - Fica atribuido a BRS SP a condicao de sujeito passivo por substituição tributária, a que se refere o inciso VI do art. 264 do RICMS/2000. Regime Especial 485/2015. - Valor do ICMS de desoneração: R\$ 0,00 Valor Total do FCP (Fundo de Combate à Pobreza): R\$ 0,00 Valor Total do FCP(Fundo de Combate à Pobreza) retido por Substituição Tributária: R\$ 0,00</p>	646 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A



RUA JOSE MARTINS FERNANDES, 601  
(CL IMIGRANTE) GALPAO 32  
BATISTINI - SAO BERNARDO DO CAMPO - SP  
FONE: S/N CEP: 09843-400

DANFE

DOCUMENTO  
AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO

3523 0103 7469 3800 0143 5500 3002 9917 3812 2717 1674

0-ENTRADA 1  
1-SAÍDA 1  
Nº 2991738  
SÉRIE 3  
FL 2 / 2

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230101730368 20/01/2023 07:43:46-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL

799061402111

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

03.746.938/0001-43

FATURA / DUPLICATA

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNIDADE COM TRIB	QUANTIDADE COM TRIB	VLR UNITÁRIO COM TRIB	VALOR TOTAL	BC CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
	4 Argolas Preto											
031960	Bloco Adesivo Aquattro 38x50mm Neon 4UN	48201000	100	5102	UN UN	4.0000 4.0000	2,0100000 2,01	8,04	8,82	1,59	0,78	18,00 9,75
032082	Display Multiuso Dello 0534 A4 Cristal	39261000	000	5102	UN UN	10.0000 10.0000	6,9800000 6,98	69,80	69,80	12,56	0,00	18,00 0,00
036662	Fita Dupla Face 3M 19mmX2m Fixa Forte Transparente	59061000	000	5102	UN UN	2.0000 2.0000	16,2300000 16,23	32,46	32,46	5,84	0,00	18,00 0,00
036949	Marcador Permanente Bic Marking Recarregavel Preto	96082000	000	5102	UN UN	2.0000 2.0000	2,6300000 2,63	5,26	5,26	0,95	0,00	18,00 0,00
037554	Saco Plastico Go Office Oficio 4 Furos 0,12m PCT 100UN	39231090	000	5102	UN UN	2.0000 2.0000	29,8500000 29,85	59,70	59,70	10,75	0,00	18,00 0,00
039223	Bobina Termica Go Office BPA Free 76mmx365m 48g CX 4UN	48119010	000	5102	UN UN	2.0000 2.0000	120,2900000 120,29	240,58	248,40	44,71	7,82	18,00 3,25
043420	Grampeador Metalico Go Office Pequeno	84729040	100	5102	UN UN	1.0000 1.0000	8,6000000 8,60	8,60	9,72	1,75	1,12	18,00 13,00
046395	Pasta L Go Office A4 Cristal PCT 10UN	42021210	000	5102	PT PT	1.0000 1.0000	8,8000000 8,80	8,80	8,80	1,58	0,00	18,00 0,00
046608	Papel Report A4 75g PCT 500fls	48025610	000	5102	UN UN	20.0000 20.0000	23,0000000 23,00	460,00	460,00	82,80	0,00	18,00 0,00
047291	Caixa Organizadora Sanremo SR931 Plastica 20L	39249000	000	5102	UN UN	1.0000 1.0000	35,1800000 35,18	35,18	35,18	6,34	0,00	18,00 0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8839 / 00000001710-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRS SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.746.938/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 1.075,91
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 0230122.3003AS B
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	18/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	18/01/2023 16:52:29

<b>Código da operação:</b>	00144808
<b>Chave de segurança:</b>	5X8F98E2NYKRJYP5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Recebemos de S C RODRIGUES ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 07/02/2023 Dest/Reme: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE Valor Total: 187,00		<b>NF-e</b> <b>Nº 000.000.712</b> <b>Série 001</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 <b>S C RODRIGUES ME</b> R ANTONIO SUSINI, 130, FDS - JARDIM PRINCESA - SAO PAULO - SP - CEP: 02856-100 Fone: (11)96105-9003 scrhospitar.com.br scr.hospitar@gmail.com	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><b>1</b></span> <b>Nº 000.000.712</b> <b>Série 001</b> <b>Folha 1/1</b>	
	CHAVE DE ACESSO <b>3523 0225 4015 5700 0165 5500 1000 0007 1219 5643 0841</b>	
	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230197810953 07/02/2023 10:37:35</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL 141.127.371.113	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO CNPJ / CPF 25.401.557/0001-65

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>		NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 07/02/2023
ENDEREÇO RUA EMYGDIA CAMPOLIM, 131		BAIRRO / DISTRITO PARQUE CAMPOLIM	CEP 18047-626	DATA DA SAÍDA 07/02/2023	
MUNICÍPIO SOROCABA	UF SP	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 10:26:57	

<b>PARCELAS</b>
Número : 001
Vencimento : 28/02/2023
Valor : R\$ 187,00

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
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 187,00	
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 187,00

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. %	
													ICMS	IPI
CDC-10	DESINFETANTE CLORADO SPARTAN CDC-10 - GALÃO LITROS	34029039	0103	5102	UN	2	93,50	0,00	187,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Fornecimento de Material de limpeza no mês de janeiro/2023 na UBS Altos de Santanae em conformidade com o contrato de Gestão nº559/2022. firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos - OC 0230122.3004AS - Vencimento 21 dias.	

## AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número:  
0230122.3004AS**

Fornecedor: SCR HOSPITAR

Contato: SERGIO

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 11 96105-9003

Condições Pgto: 21DD

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: Até 5 DIAS

Valor Total: 187,00

**Instruções**

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE ESCRITORIO** no mês de **JANEIRO**. na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 0230122.3004AS - Vencimento ....**

DATA: 10/01/2023			SCR			
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4004AS			CNPJ: 25.401.557/0001-65			
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT	
Detergente Desinfetante Clorado CDC-10 Galão 5L	GALÃO	2	SPARTAN	R\$ 93,50	R\$ 187,00	
VALOR TOTAL À COMPRAR			R\$	187,00		

\_\_\_\_\_  
Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0152 / 00000024087-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SCR HOSPITALAR S C RODRIGUES ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	25.401.557/0001-65
<b>Valor:</b>	R\$ 187,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 0230122.3004AS S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	18/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	18/01/2023 16:54:42

<b>Código da operação:</b>	00145039
<b>Chave de segurança:</b>	0YGL807LYZKHHMVG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE THOMAZ DE ARAUJO & CIA LTDA (GENESIS) OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 27/01/2023 - DEST. / REM.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 207,52		NF-e Nº 000053857 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE THOMAZ DE ARAUJO & CIA LTDA (GENESIS)  PRACA PRIMAVERA, 101 - JARDIM MOTORAMA - CEP:12224-280 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP TEL: (12)3923-7140  	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000053857 fl. 1 / 1 SÉRIE 001	
		CHAVE DE ACESSO 3523 0112 8340 8200 0159 5500 1000 0538 5710 4814 4010
		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230142430240 27/01/2023 16:57:04
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645305854111	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 12.834.082/0001-59

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 27/01/2023
ENDEREÇO RUA AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 ANDAR 5 SALA 51		BAIRRO / DISTRITO PARQUE CAMPOLIM	CEP 18047-620
MUNICÍPIO SOROCABA	FONE / FAX (41)2118-6949	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 15:30:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO AVENIDA AV. ALTO DO RIO DOCE, 1566		BAIRRO / DISTRITO JD ALTOS DE SANTANA	CEP 12212-000
MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMPOS	UF SP	TELEFONE / FAX	

FATURA	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	NT:53857	207,52	0,00	207,52

DUPLICATAS											
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	26/01/2023	207,52									

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	67,24	207,52	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	207,52	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL 0 - REMETENTE		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 5	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 6,120	PESO LÍQUIDO 6,296	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS															
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS   IPI		
7898140096051	BOBINA PICOTADA 30X40 500UN. ROOLBAG CEST: 28.058.00 Val. Aprox. dos Tributos: R\$ 41,41 ( 32,25 % ) Fonte:IBPT	39201010	0102	5102	UN	4,00	32,10	128,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898563360838	ENVELOPE KRAFT KN34 240X340 50UN. CEST: 19.019.00 Val. Aprox. dos Tributos: R\$ 19,81 ( 32,61 % ) Fonte:IBPT	48171000	5500	5405	PCT	4,00	15,19	60,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9282833000278	CORRETIVO FITA 5MM 6MTS JOCAR CEST: 28.043.00 Val. Aprox. dos Tributos: R\$ 6,02 ( 32,78 % ) Fonte:IBPT	38249928	0102	5102	UN	4,00	4,59	18,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DEPOSITO OK - Fornecimento de MATERIAL DE ESCRITORIO no mes de JANEIRO. na UBS ALTOS DE SANTANA em conformidade com o contrato de Gestao n 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos - OC 0230122.3003AS Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI. Nota Fiscal referente ao(s) Pedido(s) SANTANA	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 0230122.3003AS**

Fornecedor: GENESIS

Contato: Ellen

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 12 99717-9075

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 1 DIA

Valor Total: 207,52

### Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12212-000

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE ESCRITORIO** no mês de **JANEIRO**, na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 0230122.3003AS - Vencimento: À VISTA**

DATA: 09/01/2023			GENESIS		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.3003AS			CNPJ: 12.834,082/0001-59		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
BOBINA SACO PICOTADO 30X40	UN	4	<b>500 UNI</b>	R\$ 32,10	R\$ 128,40
ENVELOPE PARDO 240X340MM CAIXA	CX	4	<b>SCRITY-50UNI</b>	R\$ 15,19	R\$ 60,76
CORRETIVO EM FITA	UN	4	<b>JOCAR</b>	R\$ 4,59	R\$ 18,36
<b>VALOR A COMPRAR</b>			<b>R\$ 207,52</b>		

\_\_\_\_\_  
Comprador



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0351 / 003 / 00001317-3

**Nome destinatário:** THOMAZ DE ARAUJO E CIA LTDA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 207,52

**Data de débito:** 18/01/2023

**Data/hora da operação:** 18/01/2023 16:50:22

**Código da operação:** 181650

**Chave de segurança:** V6UHP526XE0X2XUN

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE JORGE LUIS DE OLIVEIRA SJ DOS CAMPOS - FORTALEZA SOLUCOES PR OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
EMISSION: 19/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 165,40 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0001-62 - AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - 5  
AND-SALA 51 PARQUE CAMPOLIM - SOROCABA - SP

NF-e  
Nº000.001.661  
SÉRIE : 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

 <p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº000.001.661 SÉRIE 001 FOLHA 01 / 02	
	CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0016 6117 3042 9450	
	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	
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230099625139 19/01/2023 17:39:09		
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b>	IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 03.072.845/0002-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119		

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		09.268.215/0001-62	19/01/2023
ENDERECO <b>Avenida Antonio Carlos Comitre, 1393 - 5º And-Sala 51</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP 18047-620	DATA DA ENTRADA / SAÍDA 19/01/2023
MUNICÍPIO <b>Sorocaba</b>	FONE / FAX (12) 99764-1457	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA ENTRADA / SAÍDA 17:39

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR ICMS DESONERADO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
		0,00	0,00	0,00	165,40
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	165,40

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL <b>Fortaleza Solucoes Profissionais para Limpeza</b>	FRETE POR CONTA <b>3 - Próp. Emit.</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO <b>EXS9885</b>	UF <b>SP</b>	CNPJ/CPF 03.072.845/0002-61
ENDERECO <b>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694</b>	MUNICÍPIO <b>Sao Jose dos Campos</b>			UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	V. DESC.	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
220033	SACO DE LIXO FLEX 60L PRETO 100UNID	39232910	0500	5405	UNI	5	20,60	103,00	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 38,22 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
600247	DETERGENTE CONCENTRADO NEUTRO PREMIUM DN60 05L	34025000	0500	5405	UNI	2	31,20	62,40	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 21,62 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														

Área reservada para informações adicionais e observações.

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Documento emitido por EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera crédito de ICMS e IPI. ICMS recolhido antecipadamente por Substituição Tributária conforme Art. 313K e 313L do RICMS. Larissa dos Santos Vilas Boas Compradora: Jacilene Vieira - Pagamento: Transferencia - Ordem de Compra Numero: 0230122.4004AS	

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

<p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr</p> <p><b>FORTALEZA</b> Seleção Profissional para Limpes</p> <p>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA</p> <p><b>N°000.001.661</b> <b>SÉRIE 001</b> <b>FOLHA 02/02</b></p>		
	<p>CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0016 6117 3042 9450</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 <b>Venda Estadual</b></p>		<p>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230099625139 19/01/2023 17:39:09</p>
	<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119</p>	<p>IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p>	<p>CNPJ 03.072.845/0002-61</p>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Fornecimento de MATERIAL DE ESCRITORIO no mes de JANEIRO. na UBS ALTOS DE SANTANA em conformidade com o contrato de Gestao nº 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos OC 0230122.3004AS - Vencimento:A VISTA.- Entrega: Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana.

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

## AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 0230122.4004AS**

Fornecedor: FORTALEZA

Contato: LARISSA

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 12 98848-1156

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 24h

Valor Total: 165,40

**Instruções**

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE ESCRITORIO** no mês de **JANEIRO**, na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 0230122.3004AS - Vencimento: À VISTA**

DATA: 10/01/2023			FORTALEZA		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4004AS			CNPJ: 03.072.845/0002-61		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UN	VALOR TT
SACO PRETO 60L	PCT	5	FLEX 100UNI	R\$	103,00
DETERGENTE GOLD AUDAX GALÃO 5L <b>(CONCENTRADO)</b>	GALÃO	2	PREMIUM	R\$	62,40
<b>VALOR TOTAL À COMPRAR</b>			<b>R\$ 165,40</b>		

\_\_\_\_\_  
Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8048 / 00000099703-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FORTALEZA SOLUCOES PROFISSIONAIS PARA LI
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.072.845/0002-61
<b>Valor:</b>	R\$ 165,40
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 02301224004AS FO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	19/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	19/01/2023 07:51:16

<b>Código da operação:</b>	00102873
<b>Chave de segurança:</b>	35494TVA2J48PLKC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA</b> AV SANTA MONICA, 167 - JD SANTA MONICA 05171-000 SAO PAULO - SP (11) 3906-8171		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b> <b>2.510</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>FOLHA 1/1</b>	 CHAVE DE ACESSO 3523 0141 7401 4000 0183 5500 1000 0025 1010 0061 9181 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 <b>VENDA NO ESTADO</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230134938126</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 131.082.320.119		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ 41.740.140/0001-83	

<b>DESTINATÁRIO</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DA SAUDE (002857)</b>		CNPJ <b>09.268.215/0010-53</b>	DATA DA EMISSÃO <b>26/01/2023</b>
ENDEREÇO <b>R ALZIRIO LEBRAO, 76</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>PARQUE CAMPOLIM</b>	CEP <b>12212-500</b>
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>		UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>(41) 2118-6949</b>
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DA SAÍDA HORA DA SAÍDA

<b>FATURA / DUPLICATA</b> 2510/001 26/01/2023 1.001,43	
---	--

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>				
BASE CÁLC ICMS <b>0,00</b>	VALOR ICMS <b>0,00</b>	BASE CÁLC ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR ICMS ST <b>0,00</b>	TOTAL DOS PRODUTOS <b>1.001,43</b>
VALOR FRETE <b>0,00</b>	VALOR SEGURO <b>0,00</b>	VALOR DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP <b>0,00</b>	VALOR IPI <b>0,00</b>
				VALOR APROX TRIB <b>267,42</b>
				TOTAL DA NOTA <b>1.001,43</b>

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>CARRO PROPRIO</b>		FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
ENDEREÇO		MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>		UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE <b>38</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>00038</b>	PESO BRUTO <b>30,230</b>	PESO LÍQUIDO <b>29,010</b>	

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V. APROX. TRIBUTOS	
230701	ETIQUETA CLA4356 25X63 C/3300 CLAMAR	48219000	0102	5102	CX	7	62,00	434,00	0,00	0,00		113,71	
158292	GRAMPO 26/6 C/5000 GALVANIZADO JOCAR	83052000	0102	5102	CX	8	6,09	48,72	0,00	0,00		15,24	
160108	LACRE P/MALOTE 16CM NUMERAZO C/100 AZUL	39235000	0102	5102	CT	3	13,05	39,15	0,00	0,00		10,55	
230363	CAD.PROTOCOLO CORRESP. C/100FLS	48201000	0500	5405	UN	4	13,98	55,92	0,00	0,00		21,94	
226456	PILHA PALITO AAA C/04 DURACEL	85061019	0102	5102	CJ	4	21,93	87,72	0,00	0,00		0,00	
157962	MOLHA DEDOS GLICERINA CARBRINK	34042020	0102	5102	UN	1	2,80	2,80	0,00	0,00		0,00	
220063	BATERIA 9 VOLTS ALCALINA DURACEL	85061031	0500	5405	UN	2	29,26	58,52	0,00	0,00		20,62	
150608	ELASTICO TIPO LATEX N.18 C/01KG REDBOR Cód. Barras: 7896152300081	40169990	0102	5102	PT	1	29,00	29,00	0,00	0,00		9,76	
310035	PAPEL A4 75G 210X297 C/500FLS CHAMEX AM Cód. Barras: 7891173023117	48025610	0500	5405	RS	1	46,60	46,60	0,00	0,00		14,43	
158361	GRAMPEADOR MEDIO MESA P/25FLS GR306S CLA	82130000	0102	5102	UN	2	13,50	27,00	0,00	0,00		7,35	
151119	GRAMPO 23/13 ENAK 13 C/5000 BACCHI	83052000	0102	5102	CX	1	28,00	28,00	0,00	0,00		8,76	
170175	SACO VIRGEM TRANSP. 35X45X0,06 C/01KG	39234000	0102	5102	PT	4	36,00	144,00	0,00	0,00		45,06	

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENT:R ALZIRIO LEBRAO 76 PARQUE CAMPOLIMSAO JOSE DOS CAMP/SP FORNECIMENTO MAT ESCRITORIO 01/2023 UPA ALTO DA PONTE GESTAO 163/17 FIRMADO C/INCS E PREFEITURA SJC OC 20230122.1037AP PGTO ANTECIPADO DATA PEDIDO: 26/01/2023 ORC.971464 PORTADOR: DEP237 EFIKA VENDEDOR: LUCIANE COMPRADOR: CRIS MIRANDA BCO 237 - AG 0055 C/C 44174-0 Trib aprox R\$: 103.47 Federal, 163.97 Estadual e 0.00 Municipal. Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ	RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 2.510. EMISSÃO: 26/01/2023 VALOR TOTAL: 1.001,43 DESTINATÁRIO: 002857-INCS INSTITUTO NAC DE CIENCIAS DA SAUDE - R ALZIRIO LEBRAO, 76, PARQUE CAMPOLIM, 12212-500-SAO JOSE DOS CAMPOS-SP		<b>NF-e</b> <b>2.510</b> <b>SÉRIE 1</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

**Ordem de Compra Número:  
20230122.1037AP**

Fornecedor: EFIKAS DIST PAP E DESC

Contato: LUCIANE

Data Emissão: 18.01.23

Telefone: 1123728209

Condições Pgto: DEPÓSITO ANTECIPADO

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 5 DIAS ÚTEIS

**Valor Total: R\$ 1001,43**

### Instruções

Enviar nota fiscal eletrônica imediatamente após a sua emissão no email: [fiscal.ponte@incs.org.br](mailto:fiscal.ponte@incs.org.br)

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzíro Lebrão, 76 - **Alto da Ponte**, São José dos Campos - SP, 12212-531.

Inscrição Estadual: ISENTO

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **Material de Escritório** no mês de **01/2023** na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC 20230122.1037AP – PAGAMENTO ANTECIPADO – COMPETÊNCIA: 01 ”

Estas despesas foram pagas com recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.1037AP			CNPJ: 41740140/0001-83		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
ETIQUETAS CLA4356 25X63 C/ 3300 CLAMAR (PQ)	PACOTE	7		R\$ 62,00	R\$ 434,00
GRAMPO PARA GRAMPEADOR 26/6 COM 5000	CX	8		R\$ 6,09	R\$ 48,72
ADERE AZUL NUMÉRICO COM 100 UNIDADES	PACOTE	3		R\$ 13,05	R\$ 39,15
ALBUQUERQUE PROTOCOLO CORRESPONDÊNCIA 200 FOLHAS	UNIDADE	4		R\$ 13,98	R\$ 55,92
ALFINETA PALITO AAA C/04	PACOTE	4		R\$ 21,93	R\$ 87,72
ALFINETA DEDO	UNIDADE	1		R\$ 2,80	R\$ 2,80
BATERIA ALCALINA 9V	UNIDADE	2		R\$ 29,26	R\$ 58,52
BOLINA ELÁSTICO LÁTEX Nº18 C/ 1200 UM	PACOTE	1		R\$ 29,00	R\$ 29,00
BOLINA SULFITE AMARELO - RESMA 500FL	RESMA	1		R\$ 46,60	R\$ 46,60
BOLINA GRAMPEADOR 26/6	UND	2		R\$ 13,50	R\$ 27,00
BOLINA GRAMPO PARA GRAMPEADOR KZ120A 23/13MM PARA 10	CX	1		R\$ 28,00	R\$ 28,00
BOLINA SACO VIRGEM TRANSPARENTE 35X45X0,06mm (GRANDE)	PACOTE	4		R\$ 36,00	R\$ 144,00
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>			R\$ 1.001,43		
<b>VALOR À COMPRAR</b>			R\$ 1.001,43		



Cristiana Miranda  
Compradora



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0055 / 00000044174-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	EFIKAS DISTRIBUIDORA PAP. E DESC. LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.740.140/0001-83
<b>Valor:</b>	R\$ 1.001,43
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 202301032037 EFI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	19/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	19/01/2023 08:08:00

<b>Código da operação:</b>	00103348
<b>Chave de segurança:</b>	US06RF2XVMMH3G1M

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**Dezembro/2022**

Data de Vencimento  
**20/01/2023**

Número do Documento  
**07.16.23017.9905156-8**

Pagar este documento até

**20/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000106669125**

Valor Total do Documento

**5.585,21**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	5.585,21			5.585,21
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA: 12/2022 Vencimento: 20/01/2023				
	<b>Totais</b>	<b>5.585,21</b>			<b>5.585,21</b>

SENDA (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

17/01/2023 17:28:57

85840000055 8 85210385230 5 20071623017 0 99051568301 1

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840000055 8 85210385230 5 20071623017 0 99051568301 1



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23017.9905156-8  
Pagar até: 20/01/2023  
Valor: 5.585,21

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858400000558 852103852305 200716230170 990515683011

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 5.585,21

**Identificação da operação:** GPS UBS SANTANA 12.2022

**Data de débito:** 20/01/2023

**Data/hora da operação:** 20/01/2023

**Código da operação:** 00334381

**Chave de segurança:** HMCT1S7KXYCPHP06

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**Dezembro/2022**

Data de Vencimento  
**20/01/2023**

Número do Documento  
**07.16.23017.9906331-0**

Pagar este documento até

**20/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000106669125**

Valor Total do Documento

**3.792,52**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	3.792,52			3.792,52
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA: 12/2022 Vencimento: 20/01/2023				
	<b>Totais</b>	<b>3.792,52</b>			<b>3.792,52</b>

SENDA (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

17/01/2023 17:29:28

85880000037 7 92520385230 6 20071623017 0 99063310909 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85880000037 7 92520385230 6 20071623017 0 99063310909 9



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23017.9906331-0  
Pagar até: 20/01/2023  
Valor: 3.792,52

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858800000377 925203852306 200716230170 990633109099

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 3.792,52

**Identificação da operação:** GPS UBS TELESPARK 12.2022

**Data de débito:** 20/01/2023

**Data/hora da operação:** 20/01/2023

**Código da operação:** 00335024

**Chave de segurança:** PP7ZCH4YWHLOKNAW

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**Dezembro/2022**

Data de Vencimento  
**20/01/2023**

Número do Documento  
**07.16.23018.1775721-8**

Pagar este documento até

**20/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000106669125**

Valor Total do Documento

**43.432,55**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	43.432,55			43.432,55
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA: 12/2022 Vencimento: 20/01/2023				
	<b>Totais</b>	<b>43.432,55</b>			<b>43.432,55</b>

SENDA (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

18/01/2023 16:56:27

85850000434 2 32550385230 3 20071623018 9 17757218000 9

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85850000434 2 32550385230 3 20071623018 9 17757218000 9



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23018.1775721-8  
Pagar até: 20/01/2023  
Valor: 43.432,55

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858500004342 325503852303 200716230189 177572180009

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 43.432,55

**Identificação da operação:** GPS UPA PONTE 12.22

**Data de débito:** 20/01/2023

**Data/hora da operação:** 20/01/2023

**Código da operação:** 00335660

**Chave de segurança:** VRRTJQ1YMR6E8C1X

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**Dezembro/2022**

Data de Vencimento  
**20/01/2023**

Número do Documento  
**07.16.23017.9907333-2**

Pagar este documento até

**20/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000106669125**

Valor Total do Documento

**3.111,32**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	3.111,32			3.111,32
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA: 12/2022 Vencimento: 20/01/2023				
	<b>Totais</b>	<b>3.111,32</b>			<b>3.111,32</b>

SENDA (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

17/01/2023 17:29:55

85830000031 9 11320385230 1 20071623017 0 99073332375 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000031 9 11320385230 1 20071623017 0 99073332375 0



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23017.9907333-2  
Pagar até: 20/01/2023  
Valor: 3.111,32

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858300000319 113203852301 200716230170 990733323750

<b>Convênio:</b>	DARF NUMERADO CB RFB
<b>Valor:</b>	3.111,32
<b>Identificação da operação:</b>	GPS ALTOS DE SANTANA 1222

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	20/01/2023

<b>Código da operação:</b>	00348721
<b>Chave de segurança:</b>	1VYYS9V3V6HU996V

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**Dezembro/2022**

Data de Vencimento  
**20/01/2023**

Número do Documento  
**07.16.23017.9908639-6**

Pagar este documento até

**20/01/2023**

Observações  
**Nº Recibo Declaração: 50000106669125**

Valor Total do Documento

**2.422,08**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	2.422,08			2.422,08
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA: 12/2022 Vencimento: 20/01/2023				
	<b>Totais</b>	<b>2.422,08</b>			<b>2.422,08</b>

SENDA (Versão:5.1.4)

Página: 1 / 1

17/01/2023 17:30:29

85830000024 6 22080385230 1 20071623017 0 99086396715 1

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000024 6 22080385230 1 20071623017 0 99086396715 1



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.16.23017.9908639-6  
Pagar até: 20/01/2023  
Valor: 2.422,08

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858300000246 220803852301 200716230170 990863967151

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 2.422,08

**Identificação da operação:** GPS UBS TELESPARK 12.2022

**Data de débito:** 20/01/2023

**Data/hora da operação:** 20/01/2023

**Código da operação:** 00360108

**Chave de segurança:** VQQ62KS48K63VX2Y

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**INSTRUÇÕES:**

Serviço de Responsabilidade Técnica número 8489208 - ANOTAÇÃO/CONCESSÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA  
- Parcela 1 de 1  
- Profissional: KARINE AZARIAS SILVA  
- CPD: 218346735  
- Instituição: 31462 - INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Comprovante de Pagamento**



001 - 9

00190.00009 02806.588006 03442.751172 5 92490000023587

Nome pagador / CPF / CNPJ

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE / 09.268.215/0001-62

Nome do beneficiário / CNPJ

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo / 44.413.680/0001-40

Nosso número	Número do documento	Vencimento	(=) Valor do documento	Data do documento
28065880003442751	31660666	02/02/2023	235,87	18/01/2023
Espécie Doc.	Aceite	Data proc	Carteira	Moeda
RC	N	18/01/2023	17	R\$

Autenticação - Recibo do Pagador

Corte na linha pontilhada



001 - 9

00190.00009 02806.588006 03442.751172 5 92490000023587

Local de Pagamento	Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento.	02/02/2023
Cedente	Agência / Código cedente
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo / 44.413.680/0001-40	3221-2 / 2195-4
Data do documento	Nosso número
18/01/2023	28065880003442751
Uso do Banco	(=) Valor do documento
17	235,87
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)	(-) Desconto/Abatimento
Serviço de Responsabilidade Técnica número 8489208 - ANOTAÇÃO/CONCESSÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	0,00
- Parcela 1 de 1	(-) Outras deduções
- Profissional: KARINE AZARIAS SILVA	0,00
- CPD: 218346735	(+) Mora/Multa
- Instituição: 31462 - INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	0,00
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.	(+) Outros Acréscimos
	0,00
	(=) Valor cobrado
	235,87

Sacado

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE / 09.268.215/0001-62  
AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 (5º ANDAR - SALA 51) PARQUE CAMPOLIM  
18047-620 SOROCABA SP Data de postagem: 24/01/2023





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02806.588006 03442.751172 5 92490000023587
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SAO P</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SAO PAULO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>44.413.680/0001-40</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS . INSTITUTO NACIONAL DE C
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	02/02/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	20/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	235,87
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	235,87
<b>Valor Pago (R\$):</b>	235,87
<b>Identificação do Pagamento:</b>	COREN UBS TELESPARK

**Data/hora da operação:** 20/01/2023 14:44:43

**Código da operação:** 020431761

**Chave de segurança:** 7KV9HUSKU8WLW4UX

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



# GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/01/2023 17:32:08

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE	02 - CNPJ/CEI 09.268.215/0001-62
--	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ANTONIO CARLOS COMITRE 1393	04 - Contato/DDD/telefone 15-30352779	05 - CEP 18.047-620
---	--	------------------------

06 - Bairro/distrito PARQUE CAMPOLIM	07 - Município SOROCABA	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
---	----------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

<b>11- Identificador</b> <b>01636301892682152</b>
--

<b>12- Total a Recolher</b> <b>84,45</b>
---

<b>13- Data de Validade = 20/01/2023</b>
--

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858700000006	844502392021	301200163636	018926821523
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica

Via Empresa

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



# GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 16/01/2023 17:32:08

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome INCS INSTITUTO NAC CIENCIAS DA SAUDE	02 - CNPJ/CEI 09.268.215/0001-62
--	-------------------------------------

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ANTONIO CARLOS COMITRE 1393	04 - Contato/DDD/telefone 15-30352779	05 - CEP 18.047-620
---	--	------------------------

06 - Bairro/Distrito PARQUE CAMPOLIM	07 - Município SOROCABA	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 1
---	----------------------------	---------------	------------------	-------------------	------------------------------

<b>11- Identificador</b> <b>01636301892682152</b>
--

<b>12- Total a Recolher</b> <b>84,45</b>
---

<b>13- Data de Validade = 20/01/2023</b>
--

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858700000006	844502392021	301200163636	018926821523
--------------	--------------	--------------	--------------

Autenticação mecânica



Via Banco  
675 de 957



**2ª Via - Comprovante de pagamento de FGTS**  
**Via Internet Banking Caixa**

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE  
**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858700000006 844502392021 301200163636 018926821523

**Identificador:** 01636301892682152  
**Cód. convênio:** 0239  
**Data de validade:** 20/01/2023

**Valor recolhido:** 84,45

**Identificação da operação:** GRRF EDNA OLIVEIRA

**Data / hora:** 20/01/2023  
**Data de Débito:** 20/01/2023

**Código da operação:** 00524199  
**Chave de segurança:** A1RWNQG0TGVP8W

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSION: 20/01/2023 - DEST. / REM.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 22.623,80		NF-e Nº 000001886 SÉRIE 000
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO</b> ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000001886 fl. 1 / 2 SÉRIE 000			
NATUREZA DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0018 8611 0021 6280		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08	
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CNPJ / CPF 09.268.215/0010-53		DATA DA EMISSÃO 20/01/2023	
ENDEREÇO <b>RALZIRIO LEBRAO, 76</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>ALTO DA PONTE</b>		CEP 12212-500	
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>		FONE / FAX		UF <b>SP</b>	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL	
				HORA DA SAÍDA 17:00:00	
				PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230105516153 20/01/2023 17:04:55	

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		0,00		0,00		0,00		0,00		6.503,13		22.623,80	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESS.		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		22.623,80			

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IP
1102	CEFTRIAXONA 1G EV BLAU Lote: 22060032 Fabricação: 05/05/22 Validade: 05/05/24 Qtde.: 60	30042059	041	5102	UN	60,0000	6,23000	0,00	373,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
952	CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML JP Lote: 319622 Fabricação: 30/11/22 Validade: 30/11/24 Qtde.: 200	30049099	041	5102	FR	200,0000	13,92000	0,00	2.784,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1286	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML HALEXISTAR Lote: 0000157978 Validade: 30/12/23 Qtde.: 2000	30049099	041	5102	UN	2.000,0000	8,84000	0,00	17.680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
888	CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML JP Lote: 312922 Validade: 30/11/24 Qtde.: 100	33079000	041	5102	UN	100,0000	17,86000	0,00	1.786,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL" E II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E ISS."  DADOS BANCARIOS: BANCO BRADESCO (237) AGENCIA 3955 C/C 7732-1	RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO</b> ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº 000001886 fl. 2 /2 SÉRIE 000			
		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0018 8611 0021 6280		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 DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230105516153 20/01/2023 17:04:55			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08			

## CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IP
-------------------------	--------------------------------	----------	-----	------	-------	--------	----------------	----------------	---------------	-----------------	----------------	--------------	----------------	----

## CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOTA FISCAL EMITIDA EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, PACTUADO ENTRE O INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E P. M. DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - OC 20230103041. AP

MEDICAMENTOS ENTREGUES A UPA ALTO DA PONTE

ENDEREÇO: Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos SP  
Trib. Aprox. R\$: 6.503,13 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte IBPT

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

RECEBEMOS DE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSION: 23/01/2023 - DEST. / REM.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 12.874,20		NF-e Nº 000001888 SÉRIE 000
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO</b> ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000001888 fl. 1 / 2 SÉRIE 000	
		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0018 8816 1626 7711 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230115977626 23/01/2023 15:06:27
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CNPJ / CPF 09.268.215/0010-53	DATA DA EMISSÃO 23/01/2023
ENDEREÇO <b>RALZIRIO LEBRAO, 76</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>ALTO DA PONTE</b>	CEP 12212-500	DATA SAÍDA / ENTRADA 23/01/2023
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	FONE / FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 15:04:00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 3.578,42	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 12.874,20
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 12.874,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE 22	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IPÍ
49498	CEFTRIAXONA 1G IV TEUTO Lote: 96320122 Fabricação: 23/06/22 Validade: 23/06/24 Qtde.: 540	30042059	041	5102	UN	540,0000	6,23000	0,00	3.364,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48681	CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML C/ 80 FRESENIUS Lote: 74RK4341 Fabricação: 10/10/22 Validade: 10/09/24 Qtde.: 80 Lote: 74RK4503 Fabricação: 18/10/22 Validade: 18/09/24 Qtde.: 420	30049099	041	5102	UN	500,0000	8,84000	0,00	4.420,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48236	CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML FRESENIUS Lote: 74RL4816 Fabricação: 07/11/22 Validade: 07/10/24 Qtde.: 500	30049099	041	5102	UN	500,0000	10,18000	0,00	5.090,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL" E II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E ISS."  DADOS BANCARIOS: BANCO BRADESCO (237) AGENCIA 3955 C/C 7732-1	679 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº 000001888 fl. 2 /2 SÉRIE 000		 CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0018 8816 1626 7711 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230115977626 23/01/2023 15:06:27		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08	

## CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IP
-------------------------	--------------------------------	----------	-----	------	-------	--------	----------------	----------------	---------------	-----------------	----------------	--------------	----------------	----

## CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOTA FISCAL EMITIDA EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTAO Nº 559/2022, PACTUADO ENTRE O INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE E P. M. DE SAO JOSE DOS CAMPOS - OC 20230103041. AP

MEDICAMENTOS ENTREGUES A UPA ALTO DA PONTE

ENDEREÇO: Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos SP  
Trib. Aprox. R\$: 3.578,42 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte IBPT

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSION: 31/01/2023 - DEST. / REM.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 311,50		NF-e Nº 000001909 SÉRIE 000
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO</b> ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000001909 fl. 1 / 2 SÉRIE 000			
		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0019 0911 1793 8949		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230158494851 31/01/2023 11:28:51			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08		

DESTINATÁRIO / REMETENTE				CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>				09.268.215/0010-53		31/01/2023	
ENDEREÇO <b>RALZIRIO LEBRAO, 76</b>			BAIRRO / DISTRITO <b>ALTO DA PONTE</b>		CEP 12212-500		DATA SAÍDA / ENTRADA 31/01/2023
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>		FONE / FAX		UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 11:26:00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 95,79	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 311,50
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 311,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS							
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		1 - DESTINATARIO					
ENDEREÇO			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA		NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS   IPI	
49498	CEFTRIAXONA 1G IV TEUTO Lote: 96320122 Fabricação: 23/06/22 Validade: 23/06/24 Qtde.: 50	30042059	041	5102	UN	50,0000	6,23000	0,00	311,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL" E II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E ISS."  DADOS BANCARIOS: BANCO BRADESCO (237) AGENCIA 1416-8 C/C 577732-1	RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO</b> ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº 000001909 fl. 2 /2 SÉRIE 000			
				CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0019 0911 1793 8949	
				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 DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230158494851 31/01/2023 11:28:51		
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>278354753114</b>		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF <b>10.562.914/0001-08</b>	

## CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IP
-------------------------	--------------------------------	----------	-----	------	-------	--------	----------------	----------------	---------------	-----------------	----------------	--------------	----------------	----

## CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOTA FISCAL EMITIDA EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTAO Nº 559/2022, PACTUADO ENTRE O INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE E P. M. DE SAO JOSE DOS CAMPOS - OC 20230103041. AP

MEDICAMENTOS ENTREGUES A UPA ALTO DA PONTE

ENDEREÇO: Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos SP  
Trib. Aprox. R\$: 95,79 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte IBPT

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

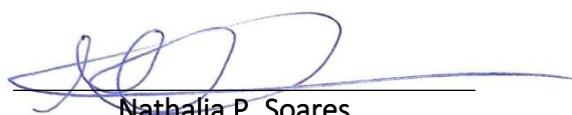
Cotia, 20 de janeiro de 2023.

ESPELHO DE NOTA FISCAL  
SOLUÇÕES  
N° 200123Para INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
UPA ALTO DA PONTE CNPJ- 09.268.215/0001-62

A Ético Farma 360 Inteligência Farmacêutica, Gestão inscrita no CNPJ- 10.562.914/0001-08, vem por meio deste relacionar os itens a serem entregues na unidade descrita a cima, conforme a ordem de compra número: 20230103041.AP

**\*DADOS BANCARIOS****BANCO BRADESCO (237)****AGENCIA 3955 C/C-7732-1**

DESCRIÇÃO	UN MEDIDA	QUANTIDADE	Valor Unit.	Total
CEFTRIAXONA 1G F/A -EV	F/A	650	R\$ 6,23	R\$ 4.049,50
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 100ML	BOLSA	2500	R\$ 8,84	R\$ 22.100,00
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 250ML	BOLSA	500	R\$ 10,18	R\$ 5.090,00
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ML	BOLSA	200	R\$ 13,92	R\$ 2.784,00
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 1000ML	FRASCO	100	R\$ 17,86	R\$ 1.786,00
			<b>Total</b>	<b>R\$ 35.809,50</b>

Nathalia P. Soares  
Vendedora



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3955 / 00000007732-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTIC
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.562.914/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 35.809,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 200123 ETICO FAR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 12:20:16

<b>Código da operação:</b>	00134633
<b>Chave de segurança:</b>	AUVZ09MSX87VXR4

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 - 5 ANDAR SALA 51		PARQUE CAMPOLIM							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SOROCABA		SP		18.047-620		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 3781</b>					
200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
Rua Monte Paschoal 325		Jardim Altos de Sant							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
São José dos Campos		SP		12.214-090		98356/40-SP		280.463.138-90	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
01/05/1967		LEONTINA BRANCO DOS SANTOS							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
3	Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada								
22	Causa do Afastamento								
Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 623,87		19/12/2022				12/01/2023		RA2	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 12/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 575,88	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade	R\$ 0,00	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 495,90
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercícios anteriores	R\$ 0,00
65 Férias proporcionais 01/12 avos	R\$ 123,97	66 Férias vencidas	R\$ 0,00	68 Terço constitucional de férias	R\$ 41,32
69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00
99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00				
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 1.237,07</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência social	R\$ 43,19	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00
14.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 43,19</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 1.193,88</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da DM de São José dos Campos nº 0559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 - 5 ANDAR SALA 51		PARQUE CAMPOLIM							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SOROCABA		SP		18.047-620		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	Código: 3781					
200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
Rua Monte Paschoal 325		Jardim Altos de Sant							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
São José dos Campos		SP		12.214-090		98356/40-SP		280.463.138-90	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
01/05/1967		LEONTINA BRANCO DOS SANTOS							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
3	Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada								
22	Causa do Afastamento								
	Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado								
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 623,87		19/12/2022				12/01/2023		RA2	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50	Saldo de 12/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	51	Comissões	52	Gratificações
R\$ 575,88		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
53	Adicional de insalubridade	54	Adicional de periculosidade	55	Adicional noturno
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
56	Horas extras	57	Gorjetas	58	Descanso semanal remunerado (DSR)
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
59	Reflexo do "DSR" sobre salário variável	60	Multa Art. 477, § 8º/CLT	61	Multa Art. 479/CLT
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 495,90	
62	Salário-Família	63	13º salário proporcional	64	13º salário exercícios anteriores
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
65	Férias proporcionais 01/12 avos	66	Férias vencidas	68	Terço constitucional de férias
R\$ 123,97		R\$ 0,00		R\$ 41,32	
69	Aviso prévio indenizado dias	70	13º salário (aviso prévio indenizado)	71	Férias (aviso prévio indenizado)
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
99	Ajuste do saldo devedor				
R\$ 0,00					
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 1.237,07</b>

**DEDUÇÕES**

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100	Pensão alimentícia	101	Adiantamento salarial	102	Adiantamento de 13º salário
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
103	Aviso prévio indenizado dias	112.1	Previdência social	112.2	Previdência social - 13º salário
R\$ 0,00		R\$ 43,19		R\$ 0,00	
14.1	IRRF	114.2	IRRF sobre 13º salário		
R\$ 0,00		R\$ 0,00			
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 43,19</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 1.193,88</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da DM de São José dos Campos nº 0559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA			Código: 3781
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
98356/40-SP		280.463.138-90		01/05/1967	LEONTINA BRANCO DOS SANTOS
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
19/12/2022				12/01/2023	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
RA2					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 GIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA			Código: 3781
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
98356/40-SP		280.463.138-90		01/05/1967	LEONTINA BRANCO DOS SANTOS
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
19/12/2022				12/01/2023	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
RA2					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 GIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA			Código: 3781
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
98356/40-SP		280.463.138-90		01/05/1967	LEONTINA BRANCO DOS SANTOS
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
19/12/2022				12/01/2023	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
RA2					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 GIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA		
			<b>Código: 3781</b>		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
	98356/40-SP		280.463.138-90		01/05/1967
				20	Nome da Mãe
					LEONTINA BRANCO DOS SANTOS
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
	<b>Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado</b>				
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	19/12/2022				12/01/2023
				27	Cód. Afast.
					RA2
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 GIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVEIRA/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0001-62 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**200.04623.00-7 EDNA SANTOS DE OLIVEIRA Código: 3781**  
 17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**98356/40-SP 280.463.138-90 01/05/1967 LEONTINA BRANCO DOS SANTOS**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado**  
 24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**19/12/2022 12/01/2023 RA2 0,00**

30 Categoria do Trabalhador

**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**000.914.021.00088-4 47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não é ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0001-62		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
200.04623.00-7		EDNA SANTOS DE OLIVEIRA			Código: 3781
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
98356/40-SP		280.463.138-90	01/05/1967	LEONTINA BRANCO DOS SANTOS	
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
19/12/2022		12/01/2023		27	Cód. Afast. RA2
					29
					Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP			

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0001-62 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**200.04623.00-7 EDNA SANTOS DE OLIVEIRA Código: 3781**  
 17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**98356/40-SP 280.463.138-90 01/05/1967 LEONTINA BRANCO DOS SANTOS**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado**  
 24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**19/12/2022 12/01/2023 RA2 0,00**

30 Categoria do Trabalhador

**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**000.914.021.00088-4 47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI **09.268.215/0001-62** 02 Razão Social/Nome **INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP **200.04623.00-7** 11 Nome **EDNA SANTOS DE OLIVEIRA** Código: **3781**  
 17 CTPS (nº, série, UF) **98356/40-SP** 18 CPF **280.463.138-90** 19 Data de Nascimento **01/05/1967** 20 Nome da Mãe **LEONTINA BRANCO DOS SANTOS**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento **Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado**  
 24 Data de Admissão **19/12/2022** 25 Data do Aviso Prévio **12/01/2023** 26 Data de Afastamento **RA2** 27 Cód. Afast. **RA2** 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS **0,00**

30 Categoria do Trabalhador

**1 - Empregado**

31 Código Sindical **000.914.021.00088-4** 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral **47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.193,88 (Um mil, cento e noventa e três reais e oitenta e oito centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Não é ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 DIANE CRISTINE SANTOS DE OLIVE/413.900.458-46/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00056435148-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	EDNA SANTOS DE OLIVEIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	280.463.138-90
<b>Valor:</b>	R\$ 1.193,88
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	RESC EDNA OLIVEIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 13:50:50

<b>Código da operação:</b>	00143002
<b>Chave de segurança:</b>	52SYMWRV4FQ69JYK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome				
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE					
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04	Bairro		
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO				ALTO DA PONTE			
05	Município	06	UF	07	CEP		
SAO JOSE DOS CAMPOS	SP			12.212-500	08	CNAE	
					8660700	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome			
238.39589.80-7		ANA MARIA DIONIZIO E SILVA			Código: 1927	
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13	Bairro	
ANGELO GALO 55 - CASA 106				CHACARA DAS OLIVEIRA		
14	Município	15	UF	16	CEP	
SAO JOSÉ DOS CAMPOS	SP			12.220-213	17	CTPS (nº, série, UF)
					18	CPF
					443.516.878-27	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe			
25/10/2001		MARCIA APARECIDA DIONIZIO				

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato						
1	Contrato de trabalho por prazo indeterminado						
22	Causa do Afastamento						
Rescisão contratual a pedido do empregado							
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio		
R\$ 2.172,05		31/12/2021		11/01/2023	26	Data de Afastamento	
					12/01/2023	27	Cód. Afastamento
						SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador		
0,00		0,00		1 - Empregado			
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral				
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP					

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50	Saldo de 10/dias salário (líquido de 2/faltas e DSR)	51	Comissões	52	Gratificações
R\$ 529,14		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
53	Adicional de insalubridade	54	Adicional de periculosidade	55	Adicional noturno
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
56	Horas extras	57	Gorjetas	58	Descanso semanal remunerado (DSR)
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
59	Reflexo do "DSR" sobre salário variável	60	Multa Art. 477, § 8º/CLT	62	Salário-Família
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
63	13º salário proporcional	64	13º salário exercicios anteriores	65	Férias proporcionais
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
66	Férias Venc. Per. Aquisitivo 31/12/2021 à 30/12/2022	68	Terço constitucional de férias	69	Aviso prévio indenizado dias
R\$ 1.953,55		R\$ 651,18		R\$ 0,00	
70	13º salário (aviso prévio indenizado)	71	Férias (aviso prévio indenizado)	99	Ajuste do saldo devedor
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 3.133,87</b>

**DEDUÇÕES**

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100	Pensão alimentícia	101	Adiantamento salarial	102	Adiantamento de 13º salário
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 0,00	
103	Aviso prévio indenizado 30/30 dias	112.1	Previdência social	112.2	Previdência social - 13º salário
R\$ 2.025,40		R\$ 39,68		R\$ 0,00	
14.1	IRRF	114.2	IRRF sobre 13º salário		
R\$ 0,00		R\$ 0,00			
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 2.065,08</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 1.068,79</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 0559/2023

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome				
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE					
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04	Bairro		
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO				ALTO DA PONTE			
05	Município	06	UF	07	CEP		
SAO JOSE DOS CAMPOS	SP			12.212-500	08	CNAE	
					8660700	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome			
238.39589.80-7		ANA MARIA DIONIZIO E SILVA			Código: 1927	
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13	Bairro	
ANGELO GALO 55 - CASA 106				CHACARA DAS OLIVEIRA		
14	Município	15	UF	16	CEP	
SAO JOSÉ DOS CAMPOS	SP			12.220-213	17	CTPS (nº, série, UF)
					18	CPF
					443.516.878-27	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe			
25/10/2001		MARCIA APARECIDA DIONIZIO				

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato						
1	Contrato de trabalho por prazo indeterminado						
22	Causa do Afastamento						
Rescisão contratual a pedido do empregado							
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio		
R\$ 2.172,05		31/12/2021		11/01/2023	26	Data de Afastamento	
					12/01/2023	27	Cód. Afastamento
						SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador		
0,00		0,00		1 - Empregado			
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral				
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP					

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 10/dias salário (líquido de 2/faltas e DSR)	R\$ 529,14	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade	R\$ 0,00	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 0,00
56 Horas extras	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional	R\$ 0,00	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais	R\$ 0,00
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 31/12/2021 à 30/12/2022	R\$ 1.953,55	68 Terço constitucional de férias	R\$ 651,18	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 3.133,87</b>

**DEDUÇÕES**

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
00 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 30/30 dias	R\$ 2.025,40	112.1 Previdência social	R\$ 39,68	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 0,00
14.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 2.065,08</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 1.068,79</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 0559/2023

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 1927</b>		
	<b>238.39589.80-7</b>		<b>ANA MARIA DIONIZIO E SILVA</b>			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	
		<b>443.516.878-27</b>		<b>25/10/2001</b>	20	Nome da Mãe
					<b>MARCIA APARECIDA DIONIZIO</b>	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>31/12/2021</b>	<b>11/01/2023</b>	<b>12/01/2023</b>	27	Cód. Afast.
					<b>SJ1</b>
29	Pensão Alimentícia (%) FGTS				<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
TRABALHADOR					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
238.39589.80-7		ANA MARIA DIONIZIO E SILVA			Código: 1927
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
		443.516.878-27		25/10/2001	20
				Nome da Mãe	
				MARCIA APARECIDA DIONIZIO	
CONTRATO					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
31/12/2021		11/01/2023		12/01/2023	27
				Cód. Afast.	29
				SJ1	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
238.39589.80-7		ANA MARIA DIONIZIO E SILVA			Código: 1927
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
		443.516.878-27		25/10/2001	20
				Nome da Mãe	
				MARCIA APARECIDA DIONIZIO	
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
31/12/2021		11/01/2023		12/01/2023	27
				Cód. Afast.	29
				SJ1	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					0,00
30	Categoria do Trabalhador				
1 - Empregado					

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 1927</b>	
	<b>238.39589.80-7</b>		<b>ANA MARIA DIONIZIO E SILVA</b>		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
		<b>443.516.878-27</b>		<b>25/10/2001</b>	20
					Nome da Mãe
					<b>MARCIA APARECIDA DIONIZIO</b>

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>			
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>31/12/2021</b>	<b>11/01/2023</b>	<b>12/01/2023</b>	27	Cód. Afast.
					29
					Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA
-----	---------------------

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI: **09.268.215/0010-53**      02 Razão Social/Nome: **INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP: **238.39589.80-7**      11 Nome: **ANA MARIA DIONIZIO E SILVA**      Código: **1927**  
 17 CTPS (nº, série, UF):      18 CPF: **443.516.878-27**      19 Data de Nascimento: **25/10/2001**      20 Nome da Mãe: **MARCIA APARECIDA DIONIZIO**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento: **Rescisão contratual a pedido do empregado**  
 24 Data de Admissão: **31/12/2021**      25 Data do Aviso Prévio: **11/01/2023**      26 Data de Afastamento: **12/01/2023**      27 Cód. Afast.: **SJ1**      29 Pensão Alimentícia (%) FGTS: **0,00**  
 30 Categoria do Trabalhador: **1 - Empregado**  
 31 Código Sindical: **000.914.021.00088-4**      32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral: **47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>238.39589.80-7</b>		<b>ANA MARIA DIONIZIO E SILVA</b>		
					<b>Código: 1927</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
			<b>443.516.878-27</b>		<b>25/10/2001</b>
		20	Nome da Mãe		
			<b>MARCIA APARECIDA DIONIZIO</b>		
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>31/12/2021</b>		<b>11/01/2023</b>		<b>12/01/2023</b>
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
	<b>SJ1</b>		<b>0,00</b>		
30	Categoria do Trabalhador				
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	<b>000.914.021.00088-4</b>		<b>47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP</b>		

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
	<b>09.268.215/0010-53</b>		<b>INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
	<b>238.39589.80-7</b>		<b>ANA MARIA DIONIZIO E SILVA</b>		
					<b>Código: 1927</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
			<b>443.516.878-27</b>		<b>25/10/2001</b>
				20	Nome da Mãe
					<b>MARCIA APARECIDA DIONIZIO</b>
<b>CONTRATO</b>					
22	Causa do Afastamento				
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
	<b>31/12/2021</b>		<b>11/01/2023</b>		<b>12/01/2023</b>
				27	Cód. Afast.
					<b>SJ1</b>
				29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador				
	<b>1 - Empregado</b>				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
	<b>000.914.021.00088-4</b>		<b>47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP</b>		

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome				
238.39589.80-7		ANA MARIA DIONIZIO E SILVA		<b>Código: 1927</b>			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
		443.516.878-27		25/10/2001		MARCIA APARECIDA DIONIZIO	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
31/12/2021		11/01/2023		12/01/2023		SJ1			<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador	<b>1 - Empregado</b>							
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73	- SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP						

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 1.068,79 (Um mil e sessenta e oito reais e setenta e nove centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0721 / 00000044019-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ANA MARIA DIONIZIO E SILVA
<b>CPF/CNPJ:</b>	443.516.878-27
<b>Valor:</b>	R\$ 1.068,79
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	RESC ANA MARIA E SIL
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 13:54:46

<b>Código da operação:</b>	00143384
<b>Chave de segurança:</b>	VPC8TY06YKVVQ2Y4

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREÍ</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</b>			Número da Nota <b>107</b>		
				Data de Emissão <b>14/02/2023</b>		
				Código de Verificação * <b>5U31-RUBO</b>		
				Série <b>NE</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>						
CPF/CNPJ: <b>37.616.764/0001-16</b> Inscrição Municipal: <b>70973</b> Nome/Razão Social: <b>FERNANDO DOS SANTOS SILVA 22405315840</b> Endereço: <b>Rua CAMILO CASTELO BRANCO 93 - - JARDIM SANTA MARINA - CEP: 12312535</b> Município: <b>JACAREI</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>fernando.bombeirosantos@gmail.com</b>						
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>						
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0024-59</b> Inscrição Municipal: Endereço: <b>Avenida RUI BARBOSA 254 - - SANTANA - CEP: 12212000</b> Município: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>contato@incs.org.br</b>						
<b>ITEM DA LISTA DE SERVIÇO DO MUNICÍPIO</b>						
<b>4322303 - 4322303 - INSTALAÇÕES DE SISTEMA DE PREVENÇÃO CONTRA INCÊNDIO</b>						
<b>LISTA DE SERVIÇOS ANEXA À LEI COMPLEMENTAR Nº 116, DE 31 DE JULHO DE 2003</b>						
<b>14.06 - Instalação e montagem de aparelhos, máquinas e equipamentos, inclusive montagem industrial, prestados ao usuário final, exclusivamente com material por ele fornecido;</b>						
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO DIA 14/02/2023, EM SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>						
Referente ao sinal de 50% para o processo de renovação de AVCB da UBS Santana, conforme orçamento 1025B/2022. Dados bancários: Banco Inter - 077 Ag 0001 CC 6981925-4 Fernando dos Santos Silva CNPJ 37.616.764/0001-16 PIX 37.616.764/0001-16 OBS.: NF paga.						
Valor do Serviço <b>R\$ 375,00</b>		Deduções <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incond. <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 375,00</b>	Alíquota (%) <b>0,00</b>	Valor do ISS (R\$) <b>0,00</b>
Desconto Cond. <b>R\$ 0,00</b>	Retenção INSS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção PIS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção COFINS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção CSLL <b>R\$ 0,00</b>	Retenção IRRF <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 375,00</b>						
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 375,00</b>						
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>						
- Empresa MEI, Optante pelo SIMEI  - Tributação no Município de JACAREI - SP pelo Prestador: FERNANDO DOS SANTOS SILVA 22405315840						

\*A autenticidade desta Nota Fiscal deverá ser confirmada no site da Prefeitura.

**ORÇAMENTO 1025B/2022.**

**Jacareí, 29 de dezembro de 2022.**

**A/C Sra. Flávia.**

**Local: USB SJC – Unidade Rui Barbosa, 2455.**

**ASSUNTO: Processo de renovação de AVCB.**

**Prezada Sra. Flávia,**

Atendendo à solicitação de V.S<sup>a</sup>., apresentamos nosso orçamento para sua apreciação.

**1- DO OBJETIVO:**

Este orçamento visa atender ao fornecimento de documentação, das medidas de proteção contra incêndio, para fins de renovação de AVCB, bem como as manutenções conforme as exigências do Decreto Estadual 63.911/18;

- Fornecimento de ART (Anotação de Responsabilidade Técnica exigida pelo Corpo de Bombeiros) referente à manutenção das medidas de segurança contra incêndio;
- Visita técnica para testes e verificações para manutenções;

**OBS.: 1- Não inclusa taxa de vistoria do Corpo de Bombeiros;**

**2- Caso o bombeiro exija uma ART do sistema de gás, será acrescido o valor de R\$500,00 à esta proposta.**

**2- LEIS E NORMAS APLICADAS:**

- Decreto Estadual 63.911/18

**3- NECESSIDADES E EXIGENCIAS PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

- Acessibilidade ao estabelecimento em horário comercial e sem restrições;

**4- PRAZO DE CONCLUSÃO DO SERVIÇO:**

- Inspeção: já realizada;

- Emissão das ART's: até 2 (dois) dias úteis após a aprovação;

5- **VALORES E FORMA DE PAGAMENTO:**

Serviços supracitados	R\$ 750,00
<b>Total dos serviços</b>	<b>R\$ 750,00</b>

- 1. Esta proposta/orçamento tem validade de 15 dias;**
- 2. Pagamento Sinal de 50% em 5 dias do aceite da proposta e restante para 30 dias.**

FERNANDO DOS SANTOS  
SILVA:22405315840

Assinado de forma digital por FERNANDO DOS SANTOS  
SILVA:22405315840  
Dados: 2022.12.29 11:41:58 -03'00'

Engenheiro Civil



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000982017-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	PREVMAX BOMBEIROS
<b>CPF/CNPJ:</b>	224.053.158-40
<b>Valor:</b>	R\$ 375,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 1025B PREVMAX P2
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 13:58:52

<b>Código da operação:</b>	00143985
<b>Chave de segurança:</b>	JSV1TF116LRTAZ0W

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE <b>ELVN DIST. E COM. DE MAT. EQUIP. MEDICOS</b> OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº. 1531 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

**Identificação do Emitente**  
ELVN DIST. E COM. DE MAT. EQUIP. MEDICOS  
RUA ANAMBES - 30 - VILA FORMOSA - SAO PAULO - SP - 03362070

**MONTECRISTO** Telefone: (11) 2737-6425  
Fax:  
E-mail: [compras@montecristodistribuidora.com](mailto:compras@montecristodistribuidora.com)

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

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº. 1531  
SÉRIE 1

FL 1 of 1

CHAVE DE ACESSO  
3523 0137 9184 2000 0161 5500 1000 0015 3111 0898 2236

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
LANCAMENTO EFETUADO A TITULO DE SIMPLES FATURAMENTO DECORREN

Protocolo de Autorização(Data e Hora)  
135230027397836 06/01/2023 12:43:46

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
129376037116

INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ  
37918420000161

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL  
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CNPJ/CPF  
09.268.215/0001-62

DATA DA EMISSÃO  
06/01/2023

ENDEREÇO  
AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE 1393

BAIRRO/DISTRITO  
PARQUE CAMPOLIM

CEP  
18047620

DATA DA ENTRADA/SAÍDA  
06/01/2023

MUNICÍPIO  
SOROCABA

FONE / FAX  
11)2236-5024

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA  
12:43

**FATURA**

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	395,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	395,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
1 - Destinatário(FOB)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF  
SP

CNPJ/CPF

LOGRADOURO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE  
530

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO  
530

PESO BRUTO  
340,35

PESO LÍQUIDO  
340,35

**INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

NOME/RAZÃO SOCIAL

CNPJ/CPF  
09.268.215/0001-62

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO  
AV. ALTO DO RIO DOCE 1566

BAIRRO/DISTRITO  
JD. ALTOS DE SANTANA

CEP  
12212000

MUNICÍPIO  
SAO JOSE DOS CAMPOS

UF  
SP

FONE / FAX

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS**

Código	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
597	AVENTAL NÃO EST. ML 30G DESCARTEE	63079010	000	5922	PT	80	3,40	272,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
612	SAPATILHA PROPE ANADONA	62101000	000	5922	UN	200	0,15	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1862	TOUCA ANADONA	62101000	000	5922	UN	200	0,09	18,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
618	RESPIRADOR N95 PFF-2 VENKURI	63079010	000	5922	UN	50	1,50	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>FIM DOS PRODUTOS</b>													

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DE ISSQN

VALOR DO ISSQN

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
FORN. DE EPI EMERGENCIAL NO MES 01/2023. NA UBS ALTOS DE SANTANA EM CONF.COM O CONT. DE GESTAO N.559/2022 FIRM. ENTRE O INCS E A PREF. SAO JOSE DOS CAMPOS -OC 02301224001AS-PGT A VISTA BANCO 136 AG 1112 C/C 20213-4 DISPENSADO A RETENCAO E O RECOLHIMENTO ANTECIPADO DO ICMS, CONFORME INCISOS I E II DO ART. 1º NOS TERMOS DA PORTARIA CAT Nº 116/2017, SOB REGIME ESPECIAL, PROCESSO Nº : 097804/2021

RESERVADO AO FISCO

711 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	136 - UNICRED - 00315557
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1112 / 00000020213-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MONTE CRISTO DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS H
<b>CPF/CNPJ:</b>	37.918.420/0001-61
<b>Valor:</b>	R\$ 395,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1531 MONTE CRISTO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 14:07:07

<b>Código da operação:</b>	00144871
<b>Chave de segurança:</b>	RAC5K0XXSXH7LZWN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e <b>Nº 13.772</b> <b>SÉRIE: 1</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 <b>KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli</b> AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Galpao 1 - Vila Areao, TAUBATE, SP - CEP: 12061-100 - Fone (12) 3432-0006	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> <b>Nº 13.772</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 2</b>	CONTROLE DO FISCO 
		CHAVE DE ACESSO <b>3523 0132 7564 4400 0148 5500 1000 0137 7217 1064 3393</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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDE DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIRO</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230117122883 - 23/01/2023 17:30</b>
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>688.475.469.116</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ <b>32.756.444/0001-48</b>
--	------------------------------------	-----------------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE/ INCS</b>	CPF/CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	DATA DA EMISSÃO <b>23/01/2023</b>
---	---------------------------------------	--------------------------------------

ENDEREÇO <b>R Rua Alziro Lebrao, 76</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Alto da Ponte</b>	CEP <b>12212-530</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>23/01/2023</b>
--	---	-------------------------	--

MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	FONE/FAX <b>(12) 99755-7957</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>17:30</b>
---	------------------------------------	-----------------	--------------------	---------------------------------------

LOCAL DE ENTREGA

CPF/CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	ENDEREÇO <b>AV Alto do Rio Doce, 1566 - CEP: 12214-010, Jardim Altos de Santana, SAO JOSE DOS CAMPOS/SP</b>
---------------------------------------	--

FATURAMENTO

/ Num.: 13772 / V. Orig.: 2113,86 / V. Liq.: 2113,86
--

FATURAS / DUPLICATAS

Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR	Nº	VENCIMENTO	VALOR
1-1	23/01/2023	2.113,86												

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>608,74</b>	VALOR DO ICMS <b>109,57</b>	BASE DE CÁLC. DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR APROX. TRIBUTOS <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>2.113,86</b>
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>2.113,86</b>

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA <b>1-DESTINATÁRIO</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CPF/CNPJ
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE <b>63</b>	ESPÉCIE <b>VOLUME</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>20,344</b>	PESO LÍQUIDO <b>20,000</b>

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01.24.010.0004	ALL CLEAN ALCOOL GEL 70º REFIL 700ML 111126 - AUDAX	38089429	000	5102	UN	42,0000	12,5000	525,00	525,00	94,50	0,00	18,00	0,00
01.16.202.0049	BALDE 10 LITROS - YM	39249000	000	5102	UN	3,0000	4,0800	12,24	12,24	2,20	0,00	18,00	0,00
01.16.015.0057	ESPONJA MULTIUSO S/ PELICULA REF. SP9471SP - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	10,0000	0,7400	7,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0123	FIBRA DE LIMPEZA GERAL VERDE SLIM102X260 REF:SP9522FR - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	10,0000	1,5900	15,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.015.0125	FIBRA DE LIMPEZA LEVE BRANCA SLIM102X260 REF:SP9523 FR - BETTANIN	68053090	060	5405	UN	10,0000	1,2600	12,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.165.0020	LUVA DE LIMPEZA FORRADA PLUS LARANJA G - SANRO	40151900	060	5405	UN	3,0000	6,6000	19,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.165.0009	LUVA DE LIMPEZA SOFT VERDE G - SANRO	40151900	060	5405	UN	3,0000	6,0600	18,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.16.165.0004	LUVA DE LIMPEZA STANDARD AMARELA G - SANRO	40151900	060	5405	UN	3,0000	6,4100	19,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.28.199.0011	PAPEL HIGIENICO ROLAO BRANCO 8X300 BOMPELL HB02-F - POLIPEL	48181000	060	5405	PAC	8,0000	37,5000	300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.28.199.0013	PAPEL TOALHA INTERFOLHA BRANCO 20X21 NEWCLEAN - POLIPEL	48182000	060	5405	PCT	70,0000	8,7000	609,00	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 Fornecimento de MATERIAL DE ESCRITORIO no mes de JANEIRO. na UBS ALTOS DE SANTANA em conformidade com o contrato de Gestao nº559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos - OC 0230122.3004AS; PIS E COFINS TRIBUTADOS A ALIQUITA ZERO CONFORME LEI Nº 12.839/2013; PIS E COFINS COM TRIBUTACAO MONOFASICA, REVENDA A ALIQUITA ZERO CONFORME LEI Nº 10.147/2000, ART 1º, INCISO I; "Pedido:" 14059; Portaria CAT nº 02/2018 0,00 / 0,00; Portaria CAT nº 68/2019 0,00 / 0,00; Portaria CAT nº 84/2019. 0,00 / 0,00;	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



**KM Clean Distribuidora e Importadora Eirelli**

AV Santa Cruz do Areao, 1605 - Galpao 1 - Vila Areao, TAUBATE, SP - CEP: 12061-100 - Fone (12) 3432-0006

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada  
1 - Saída

1

**Nº 13.772**

**SÉRIE: 1**  
**Página 2 de 2**

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

**3523 0132 7564 4400 0148 5500 1000 0137 7217 1064 3393**

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
01.01.105.0001	PEROXIDO DE HIDROGENIO LIMPADOR HOSPITALAR CONCENTRADO GL 5L - KM CLEAN	38089419	000	5102	GL	1,0000	71,5000	71,50	71,50	12,87	0,00	18,00	0,00
01.01.203.0001	SABAO EM PEDRA NEUTRO GLICERINADO 200G C/5 - YPE	34011900	060	5405	PCT	1,0000	17,8500	17,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.01.052.0002	SABONETE PEROLADO ERVA DOCE GALAO 5L REF 14510005 - DVISAO	34011190	060	5405	GL	3,0000	15,9800	47,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.27.105.0011	SACO PEAD 100L AZUL 75X80 0,4	39232190	060	5405	PCT	3,0000	32,0400	96,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.27.105.0040	SACO PEAD 100L MARRROM 75X80 0,4	39232190	060	5405	PCT	3,0000	34,2000	102,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.27.105.0137	SACO PEAD 60L AZUL 60X70 0,4	39232190	060	5405	PCT	5,0000	21,6000	108,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.31.143.0010	SACO PEAD INFECTANTE 100L BRANCO ALTA DENSIDADE - PB	39232190	060	5405	PCT	3,0000	43,5000	130,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

No. Ped. Cliente: 0230122.3004AS

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 0230122.3004AS**

Fornecedor: KMCLEAN

Contato: DANI

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 12 99119-6455

Condições Pgto: 30DD

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: Até 3 dias

Valor Total: **2.113,86**

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE ESCRITORIO** no mês de **JANEIRO**, na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 0230122.3004AS - Vencimento ....**

DATA: 10/01/2023			KMCLEAN		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4004AS			CNPJ: 32.756.444/0001-48		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
PAPEL INTERFOLHA FARDO COM 1.000 FOLHAS	PCT	70	NEWCLEAN	R\$ 8,70	R\$ 609,00
PAPEL HIGIÊNICO PACOTE COM 8 UN	PCT	8	BOMPELL	R\$ 37,50	R\$ 300,00
ALCOOL EM GEL CAIXA COM 6 UN	UNI	42	PREMISSE	R\$ 12,50	R\$ 525,00
SABONETE LIQUIDO ANTISEPTICO GLAO 5L	GALÃO	3	DOVE	R\$ 15,98	R\$ 47,94
SACO AZUL 60L	PCT	5		R\$ 21,60	R\$ 108,00
SACO INFECTANTE 100L	PCT	3	EBC	R\$ 43,50	R\$ 130,50
SACO AZUL 100L	PCT	3	PBM	R\$ 32,04	R\$ 96,12
SACO PRETO 100L	PCT	3		R\$ 34,20	R\$ 102,60
CLEAN BY PEROXY GALÃO 5L	GALÃO	1	NEWCLEAN	R\$ 71,50	R\$ 71,50
ESPOJA DUPLA FACE	UN	10	BETTANIN	R\$ 0,74	R\$ 7,40
FIBRA VERDE	UN	10	BETTANIN	R\$ 1,59	R\$ 15,90
FIBRA BRANCA	UN	10	BETTANIN	R\$ 1,26	R\$ 12,60
BALDE 10L (1 AZUL, 1 MARROM E 1 VERDE)	UN	3	YM	R\$ 4,08	R\$ 12,24
LUVA SANRO AMARELA TAM G	UN	3	SANRO	R\$ 6,41	R\$ 19,23
LUVA SANRO VERDE TAM G	UN	3	SANRO	R\$ 6,06	R\$ 18,18
LUVA SANRO LARANJA TAM G	UN	3	SANRO	R\$ 6,60	R\$ 19,80
SABÃO EM PEDRA YPE	UN	5	YPE	R\$ 3,57	R\$ 17,85
<b>VALOR TOTAL À COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>2.113,86</b>	



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0710 / 00000089092-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	KM CLEAN DISTRIBUIDORA E IMPORTADORA EIR
<b>CPF/CNPJ:</b>	32.756.444/0001-48
<b>Valor:</b>	R\$ 2.113,86
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 0230122.3004AS K
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 14:11:00

<b>Código da operação:</b>	00145283
<b>Chave de segurança:</b>	L79MTXYGUXVVCTFG

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.5004TP**

Fornecedor: HOSPITALL

Contato: Sergio Coelho

Data Emissão: 20/01/2023

Telefone: 1194039-6233

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 5 dias

Valor Total: R\$ 703,95

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir:** [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubstelespark@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubstelespark@incs.org.br); [administracao.ubstelespark@incs.org.br](mailto:administracao.ubstelespark@incs.org.br)

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **Material hospitalar** no mês de janeiro/2023 na UBStelespark em conformidade com o contrato de Gestão nº 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.5004TP** - Vencimento para **À VISTA**"

DATA: 13/01/2023			HOSPITALL		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.5004TP			CNPJ:41.365.267/0001-60		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
RÉGUA ANTROPOMÉTRICA PEDIÁTRICA EM MADEIRA	UND	3		R\$ 84,45	R\$ 253,35
SUORTE PARA COLETOR DESCARPACK P	UND	10		R\$ 39,06	R\$ 390,60
<b>FRETE</b>				R\$ 60,00	
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>			<b>R\$ 703,95</b>		

\_\_\_\_\_  
Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8224 / 00000000453-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	HOSPITALALL DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.365.267/0001-60
<b>Valor:</b>	R\$ 703,95
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 202301225004HOSP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 14:30:29

<b>Código da operação:</b>	00147842
<b>Chave de segurança:</b>	KK194JAFAWSZECSR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**DATASUPRI****BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A**Rua José Martins Fernandes 601 (CL Imigrante) Galpao 32  
Batistini  
São Bernardo do Campo - SP  
CEP 09843-400DANTE  
DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 2993299 FL 1 / 2  
SÉRIE 3CHAVE DE ACESSO  
3523 0103 7469 3800 0143 5500 3002 9932 9914 6209 0309Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDAPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
135230106811175 21/01/2023 00:32:14INSCRIÇÃO ESTADUAL  
799061402111

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
03.746.938/0001-43

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDECNPJ / CPF  
09.268.215/0001-62DATA DA EMISSÃO  
21/01/2023ENDEREÇO  
AV ANTONIO C COMITRE 1393 AND 5 SL 51BAIRRO / DISTRITO  
PRQ CAMPOLIMCEP  
18047-620

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO  
SOROCABA

FONE / FAX

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
2993299/01	23/01/2023	1.634,13						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.634,13	294,15	0,00	0,00	1.630,78	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	3,35	1.634,13

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ROTATIVA TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI	0 - Por conta do emitente				17.848.035/0001-88
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ESTRADA MARCO POLO 290 SALA 01	SÃO BERNARDO DO CAMPO	SP	635683128112		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
12,00	VOL	BRS	12	78,400	78,400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	C/OP	UN	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
004849	Caneta Marca Texto BRW Fluorescente Amarela	96082000	200	5102	UN	6,00	1,42	8,52	8,52	1,53	0,00	18,00	0,00
007039	Fita Corretiva Maxprint Branca 5mmx6M	96091000	200	5102	UN	2,00	4,50	9,00	9,00	1,62	0,00	18,00	0,00
009751	Etiqueta Adesiva Pimaco A4363 38,1mmx99mm PCT 100fs	48219000	000	5102	UN	2,00	69,98	139,96	139,96	25,20	0,00	18,00	0,00
011226	Grampo Trilho Dello Estendido 195x58mm Preto PCT 50UN	39261000	000	5102	UN	1,00	10,25	10,25	10,25	1,85	0,00	18,00	0,00
022517	Bolima Plástica Pientada Sacos 40x57cm 400UN	39232990	000	5102	UN	3,00	50,59	151,77	151,77	27,32	0,00	18,00	0,00
022533	Saco Cristal Uphag 30x40cm 180UN	39232990	000	5102	UN	1,00	27,84	27,84	27,84	5,01	0,00	18,00	0,00
023058	Saco Cristal Uphag 40x60cm 90UN	39232990	000	5102	UN	1,00	28,51	28,51	28,51	5,13	0,00	18,00	0,00
023059	Saco Cristal Uphag 15x30cm 500UN	39232990	000	5102	UN	1,00	27,90	27,90	27,90	5,02	0,00	18,00	0,00
029618	Caneta Esferográfica Compactor Economic 1,0mm Azul	96081000	000	5102	UN	50,00	0,60	30,00	30,00	5,40	0,00	18,00	0,00
030875	Fichario Universitario ACP 40mm 4 Argolas Preto	83049000	000	5102	UN	2,00	16,90	33,80	33,80	6,08	0,00	18,00	0,00
032082	Display Multitouch Dello 0534 A4 Cristal	39261000	000	5102	UN	10,00	7,09	70,90	70,90	12,76	0,00	18,00	0,00
036492	Envelope Saco GPK Kraft Natural 310x410mm PCT 100UN	48171000	000	5102	UN	2,00	39,11	78,22	78,22	14,08	0,00	18,00	0,00
036537	Envelope Autocoll Scrity Kraft Natural 240x340mm 80g CX 100UN	48171000	000	5102	UN	1,00	40,16	40,16	40,16	7,23	0,00	18,00	0,00
036662	Fita Dupla Face 3M 19mmX2m Fixa Forte Transparente	59061000	000	5102	UN	2,00	16,09	32,18	32,18	5,79	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
263512	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NUMERO DO PEDIDO: P1-4727856-1 20230122 5003TP - [2229408 - RUA BENEDITO PEREIRA LIMA] - ENTREGAR: RUA BENEDITO PEREIRA LIMA[210]JARDIM TELES PARK[SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP]122127003549904 - DE SEG A SEX DAS 08H AS 16H CONTATO JACILENE 12 99642-3869 - [EM 19/01/2023] - - CONTRATO DE GESTÃO N0559/2022 INCS E PREF DE S JOSÉ DOS CAMPOS - FICA ATRIBUÍDO A BRS SP A CONDIÇÃO DE SUJEITO PASSIVO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA, A QUE SE REFERE O INCISO VI DO ART. 264 DO RICMS/2000. REGIME ESPECIAL 485/2015. FICA ATRIBUÍDO A BRS SP A CONDIÇÃO DE SUJEITO PASSIVO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA, A QUE SE REFERE O INCISO VI DO ART. 264 DO RICMS/2000. REGIME ESPECIAL 485/2015.	

**DATASUPRI****BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A**Rua José Martins Fernandes 601 (CL Imigrante) Galpao 32  
Batistini  
São Bernardo do Campo-SP  
CEP 09843-400**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 2993299 FL 2 / 2  
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO

3523 0103 7469 3800 0143 5500 3002 9932 9914 6209 0309

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230106811175 21/01/2023 00:32:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
799061402111

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

03.746.938/0001-43

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SE	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
037414	Caixa Arquivo Delta 425x150x272mm Cristal com 6 Pastas	42021210	000	5102	UN	1,00	67,00	67,00	67,00	12,06	0,00	18,00	0,00
037554	Saco Plastico Go Office Office 4 Furos 0,12m PCT 100UN	39231090	000	5102	UN	4,00	29,55	118,20	118,20	21,28	0,00	18,00	0,00
043275	Pilha Zinco Rayovac AA 10842 SM-192 4UN	85061019	000	5102	PT	10,00	7,50	75,00	75,00	13,50	0,00	18,00	0,00
043276	Pilha Zinco Rayovac AAA10307 SM-96 4UN	85061019	000	5102	UN	10,00	7,40	74,00	74,00	13,32	0,00	18,00	0,00
043420	Grampeador Metálico Go Office Pequeno	84729040	100	5102	UN	3,00	8,60	25,80	29,15	5,25	3,35	18,00	13,00
045558	Tesoura Multifuso Lyke 21cm	82130000	200	5102	UN	2,00	6,95	13,90	13,90	2,50	0,00	18,00	0,00
046388	Pasta Aba e Elastico Go Office Office sem Lombo Cristal	42021210	000	5102	UN	3,00	2,49	7,47	7,47	1,34	0,00	18,00	0,00
046395	Pasta L Go Office A4 Cristal PCT 10UN	42021210	000	5102	PT	10,00	8,80	88,00	88,00	15,84	0,00	18,00	0,00
046608	Papel Report A4 75g PCT 500fis	48025610	000	5102	UN	20,00	23,00	460,00	460,00	82,81	0,00	18,00	0,00
046636	Pasta Grampo Go Office Cartão Trilho Branco	48209000	000	5102	UN	10,00	1,24	12,40	12,40	2,23	0,00	18,00	0,00



23793.50701 20001.495561 66003.680007 1 92390000163413

Vencimento		23/01/2023		Autenticação Mecânica - RECIBO DO SACADO	
Pagador		BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA			
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE					
Agência / Cód. Ced.	Nosso Número	Número do Documento	Valor do Documento		
3507-0/0036800-8	2/00/00014955666-1	2993299/01	1.634,13		
Este recibo somente terá validade com autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque nº _____ do Banco. Esta quitação terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.					
Sacador/Avalista		BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA CNPJ: 03.746.938/0001-43			



237-2

23793.50701 20001.495561 66003.680007 1 92390000163413

Local de Pagamento					Vencimento	
Pagável preferencialmente nas agências Bradesco					23/01/2023	
Beneficiário: BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA CNPJ: 03.746.938/0001-43					Agência/Cod. Beneficiário	
Rua José Martins Fernandes (PO Imigrantes), 609843-000, Jd. Irmão Bernardo do Campo - SP					3507-0/0036800-8	
Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número	
21/01/2023	2993299/01	DM	N	21/01/2023	2/00/00014955666-1	
Usc do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(+/-) Valor Documento	
	2	R\$			1.634,13	
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(+/-) Outros Acréscimos	
					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora/Multa	
					(+/-) Valor Cobrado	
APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 2% AO MÊS						
APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%						
Pagador: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE CNPJ: 09.268.215/0001-62 Cód.: 2229408						
AV ANTONIO C COMITRE, 1393, AND 5 SL 51 Bairro: PRQ CAMPOLIM						
SOROCABA/SP CEP: 18047620						
Sacador/Avalista:						
BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA CNPJ: 03.746.938/0001-43					Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação	



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

Ordem de Compra Número:  
20230122.5003TP

Fornecedor: BR SUPPLY

Contato: Julio Cezar

Data Emissão: 19/01/2023

Telefone: 11 3647-2404

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 2 a 3 DIAS

Valor Total: R\$ 1.634,14

## Instruções

Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servypharma.com.br](mailto:compras@servypharma.com.br); [ger.adm.ubstelespark@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubstelespark@incs.org.br); [administracao.ubstelespark@incs.org.br](mailto:administracao.ubstelespark@incs.org.br)

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **Material de Escritório** no mês de janeiro /2023 na UBSAItto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº559/2022. firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC 20230122.5003TP - Vencimento para **À VISTA.**"

DATA: 17/01/2023			BR SUPPLY			
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.5003TP			CNPJ: 03746938000143			
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT	
BOBINA SACO PICOTADO 30X40	UN	3	40x57	R\$ 50,59	R\$ 151,77	
CAIXA ORGANIZADORA DE PASTAS SUSPENSAS PRETA	UND	1	CRISTAL	R\$ 67,00	R\$ 67,00	
CANETA ESFEROGRÁFICA AZUL CX 50UNI	CX	1	COMPACTOR	R\$ 30,00	R\$ 30,00	
CORRETIVO EM FITA	UN	2	MAXPRINT	R\$ 4,50	R\$ 9,00	
ENVELOPE PARDO 240X340MM CAIXA	CX	1	100UNI	R\$ 40,16	R\$ 40,16	
ENVELOPE PARDO 320X 400MM	CX	2	100UNI	R\$ 39,11	R\$ 78,22	
ETIQUETA CLA4363 C/C1400 CLAMAR	CX	2	PIMACO	R\$ 69,98	R\$ 139,96	
FITA 3M EXTRAFORTE 19mmx2mt	UN	2	3M	R\$ 16,09	R\$ 32,18	
GRAMPEADOR 26/6	UN	3	GOOFFICE	R\$ 9,72	R\$ 29,16	
GRAMPO PLÁSTICO TRILHO PRETO (50uni)	PCT	1	DELLO	R\$ 10,25	R\$ 10,25	
MARCA TEXTO AMARELO	UN	6	BRW	R\$ 1,42	R\$ 8,52	
PAPEL SULFITE	CX	2	REPORT	R\$ 230,00	R\$ 460,00	
PASTA FICHÁRIO	UN	2	ACP	R\$ 16,90	R\$ 33,80	
PASTA L Transparente	UN	10	GOOFFICE	R\$ 8,80	R\$ 88,00	
PASTA ABA ELÁSTICO Transparente	UND	3	GOOFFICE	R\$ 2,49	R\$ 7,47	
PASTA COM GRAMPO PLÁSTICO OFÍCIO Transparente	UND	10	GOOFFICE	R\$ 1,24	R\$ 12,40	
PILHA AA (Embalgem 2uni)	UN	10	RAYOVAK	R\$ 7,50	R\$ 75,00	
PILHA AAA	UN	10	RAYOVAK	R\$ 7,40	R\$ 74,00	
QUADRO DE AVISOS PLÁSTICO A4 Transparente	UN	10	DELLO	R\$ 7,09	R\$ 70,90	
SACO PLÁSTICO A4 4 FUIROS PCTO COM 50 UN	PCT	4	100UNI	R\$ 29,55	R\$ 118,20	
SACO VIRGEM TRANSP. 15X30 C/01KG	KG	1	UPBAG	R\$ 27,90	R\$ 27,90	
SACO VIRGEM TRANSP. 35X45 C/01KG	KG	1	UPBAG	R\$ 27,84	R\$ 27,84	
SACO VIRGEM TRANSP. 40X60 C/01KG	KG	1	UPBAG	R\$ 28,51	R\$ 28,51	
TESOURA GRANDE	UND	2	CABO PL	R\$ 6,95	R\$ 13,90	
<b>VALOR À COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>1.634,14</b>		



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8839 / 00000001710-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRS SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.746.938/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 1.634,14
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 202301225003 BRS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 14:33:12

<b>Código da operação:</b>	00148144
<b>Chave de segurança:</b>	YLP1MNN59MN6E6FT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

NATUREZA DA OPERAÇÃO Vnd.mer.adq.rec.ter.mer.suj.sub.tri.con.con.sb.		PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO 135230115674053 23.01.2023 14:31:11	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645474354117	INSC. EST. SUBST. TRIB.	CNPJ 05.868.574/0005-23	CHAVE DE ACESSO P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE 35230105868574000523550020000234321335315800

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA S		CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 23.01.2023
ENDEREÇO AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE 1393		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIM	CEP 18047-620
MUNICÍPIO SOROCABA	TELEFONE/FAX 1122365024	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			DATA DE SAÍDA/ENTRADA 23.01.2023
			HORA DE SAÍDA 14:30:54

**FATURA**

Parcela 001 R\$ 88,44 Venc.: 23.01.2023
---

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE CÁLCULO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL PRODUTOS 88,44
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NF 88,44

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF	CNPJ
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 00024	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 22,772 KG	PESO LÍQUIDO 22,552 KG

**DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS**

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTDE.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	Bc. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	Al. ICMS	Al. IPI
202205	CHA LEAO MATTE GRANEL 250G NAT 917044 2127106	0903.00.90	060	5405	UN	2	7,150	14,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
204511	AC REF 1KG CARAVELAS 953920 24337	1701.99.00	060	5405	UN	22	3,370	74,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSC. MUNICIPAL 149888	VALOR SERVIÇOS	BASE CÁLCULO ISS 0,00	VALOR DO ISS 0,00
---------------------------	----------------	--------------------------	----------------------

**DADOS ADICIONAIS**

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMS já pago via Sub Trib. Senhores Clientes: Favor conferir as mercadorias no ato da entrega, não aceitamos reclamações posteriores Nr OV: 0190510488 / Nr Fatura: 0091648102 / Pedido cliente: 20230122.5005TP</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p>
--	---------------------------

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.5005TP**

Fornecedor: SPANI

Contato: Cassiane

Data Emissão: 20/01/2023

Telefone: 12 98279-2456

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 1 dia

Valor Total: R\$ 88,93

### Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubstelespark@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubstelespark@incs.org.br); [administracao.ubstelespark@incs.org.br](mailto:administracao.ubstelespark@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **Material de Consumo** no mês de janeiro/2023 na **UBS Telespark** em conformidade com o contrato de Gestão nº 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.5005TP** - Vencimento para **À VISTA**"

DATA: 19/01/2023			SPANI		
NÚMERO DE PROCESSO:20230122.5005TP			CNPJ:05.868.574/0002-80		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
CHÁ MATE LEÃO 250gr	CX	2	LEÃO	R\$ 6,94	R\$ 13,88
AÇÚCAR – 2 FARDO/10 UN 1KG	UNI	20	CARALEVAS	R\$ 3,27	R\$ 65,40
TAXA DE ENTREGA					R\$ 9,65
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>			R\$ 88,93		
<b>VALOR Á COMPRAR</b>			<b>R\$ 88,93</b>		

Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0156 / 00000037929-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COMERCIAL ZARAGOZA IMP E EXP LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.868.574/0003-61
<b>Valor:</b>	R\$ 88,93
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 202301225005 ZAR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 14:37:12

<b>Código da operação:</b>	00148578
<b>Chave de segurança:</b>	ZEPT7T50NGAWR51Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA			
 <b>SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA.</b> R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697 - COLONIA 08260-090 SAO PAULO - SP (11) 2723-4000		0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b> <b>004.725.735</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>FOLHA 1/2</b>		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7257 3510 0738 5780 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 <b>VENDAS NO ESTADO</b>				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230114786594 23/01/2023 12:26:34</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 148.264.300.110		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 10.290.557/0001-68	

<b>DESTINATÁRIO</b>			
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (613886)</b>		CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	DATA DA EMISSÃO <b>23/01/2023</b>
ENDEREÇO <b>AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>PARQUE CAMPOLIM</b>	CEP <b>18047-620</b>
MUNICÍPIO <b>SOROCABA</b>		UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>(00) 2236-5024</b>
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>			
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>UBS ALTO DE SANTANA</b>		CNPJ <b>09.268.215/0001-62</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO <b>AV. ALTO DO RIO DOCE, 1566</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>JARDIM ALTOS DE</b>	CEP <b>12212-000</b>
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>		UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>(00) 0000-0000</b>

<b>FATURA / DUPLICATA</b>							
<b>PARCELAS</b>							
<b>001 26/01/2023 426,49</b>							
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>							
BASE CÁLC ICMS <b>85,99</b>	VALOR ICMS <b>15,49</b>	BASE CÁLC ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR ICMS ST <b>0,00</b>	TOTAL DOS PRODUTOS <b>426,49</b>			
VALOR FRETE <b>0,00</b>	VALOR SEGURO <b>0,00</b>	VALOR DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESP <b>0,00</b>	VALOR IPI <b>0,00</b>	VALOR APROX TRIB <b>151,25</b>	TOTAL DA NOTA <b>426,49</b>	

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>							
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>SALES EQUIP. E P. DE HIG. PROF LTDA</b>		FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ	
ENDEREÇO <b>R. PROF. HASEGAWA 699 - COLONIA (ZONA L</b>		MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>		UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>148.264.300.110</b>		
QUANTIDADE <b>24</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>00024</b>	PESO BRUTO <b>32,520</b>	PESO LÍQUIDO <b>31,920</b>		

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
015349	COPO 180ML ECONOPOT BR PS 25X100 Cód. Barras: 17898965262393	39241000	060	5405	CX	2	88,18	176,36	0,00	0,00		66,22
016648	DETERGENTE 5L NEUTRO TRIUM Cód. Barras: 7899673302527	34029090	060	5405	GL	3	11,33	33,99	0,00	0,00		11,41
016320	ESCOVA SANITARIA C/ SUPORTE BRUBALAR Cód. Barras: 7898311540598	96039000	000	5102	UN	4	4,83	19,32	19,32	3,48	18,00	6,08
014319	PANO BOBINA 28X25M LIFE CLEAN AZUL Cód. Barras: 7908182700264	56031290	000	5102	UN	1	11,32	11,32	11,32	2,04	18,00	3,56
014916	PULVERIZADOR 500ML UNILUK Cód. Barras: 7898341420334	84248990	000	5102	UN	4	4,90	19,60	19,60	3,53	18,00	6,30
017344	SACO P/LIXO INFEC 50L EMBALAC C/100 Cód. Barras: 040232768156	39232190	060	5405	PT	5	26,03	130,15	0,00	0,00		45,96
010327	SAPONACEO PO 300G C/CLORO RADIUM Cód. Barras: 7891022505009	34054000	000	5102	UN	5	7,15	35,75	35,75	6,44	18,00	11,72
	CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES W.RICMS ENTREGAR NO SETOR DE ALMOXARIFADO PAGAMENTO a VISTA Fornec M limp jan/23 na UBS A.SANTANA Ctr no559/2022. INCS e a PrefMun \$jc OC 20230122.3004AS - Trib aprox R\$: 74.47 Federal, 76.78 Estadual e 0.00 Municipal.											

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (continua no corpo do DANFE) CUBAGEM: 0,23136 LOCAL DE ENTREGA: UBS ALTO DE SANTANA NOME FANTASIA: INCS - INSTITUTO NAC PORTADOR: DEP ITAU VENDEDOR: DAFINI OLIVEIRA ENT:AV. ALTO DO RIO DOCE 1566 JARDIM ALTOS DESAO JOSE DOS CAMP/SP NUMERO PEDIDO: 738578 ORC.028780 ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. CFE ART. 313-E,313-G,313-K,313-	RESERVADO AO FISCO

FKN Informatica Ltda | www.fkn.com.br

Gerado em 23/01/2023 às 12:47:59 pelo UniDANFE 3.9.8 Plus | www.unidanfe.com.br

		RECEBEMOS DE SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 004.725.735. EMISSÃO: 23/01/2023 VALOR TOTAL: 426,49 DESTINATÁRIO: 613886-INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AV. ALTO DO RIO DOCE.	<b>NF-e</b> <b>004.725.735</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>727 de 957</b>
DATA DO RECEBIMENTO	ASSINATURA DO RECEBEDOR - SALES EQUIP. - CNPJ: 10.290.557/0001-68		

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF.  
LTDA.**

**R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697 - COLONIA  
08260-090 SAO PAULO - SP  
(11) 2723-4000**

**DANFE**

DOCUMENTO  
AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

1

**004.725.735**  
**SÉRIE 1**  
**FOLHA 2/2**



CHAVE DE ACESSO

3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7257 3510 0738 5780

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)

ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDAS NO ESTADO**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

**135230114786594 23/01/2023 12:26:34**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148.264.300.110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

10.290.557/0001-68

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
	Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ											

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

### Declaração

Declaramos para os devidos fins que a partir de Julho de 2022 todos os boletos do Grupo Sales (Sales Equipamentos e Sales Indústria ) serão emitidos por nossa empresa do grupo que Administra os recebíveis, não se trata de factoring.

Sales Gestão de Recebíveis LTDA CNPJ 45.602.007/0001-11

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Terezinha Sposito Sales

Rg: 6401805 ssp/sp CPF: 507.761.938-72

Sales Equipamentos e Produtos de Higiene Profissional LTDA.

CNPJ 10.290.557/0001-68

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 0230122.3004AS**

Fornecedor: SALES

Contato: Dafini

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 11 99578-2070

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 3 dias

Valor Total: 426,49

### Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12212-000

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE ESCRITORIO** no mês de **JANEIRO**, na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o **INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde** e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 0230122.3004AS - Vencimento: À VISTA**

DATA: 10/01/2023			SALES		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4004AS			CNPJ: 10.290.557/0001.68		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UN	VALOR TT
COPO DESCARTÁVEL 180ML	CX	2	ECONOPOT	R\$ 88,85	R\$ 177,70
DETERGENTE LAVA LOUÇA GALÃO 5L	GALÃO	3	TRIUM	R\$ 11,33	R\$ 33,99
SACO INFECTANTE 50L	PCT	5	RAVA	R\$ 26,74	R\$ 133,70
ESCOVA LAVATINA PLÁSTICA COM SUPORTE	UN	4	BRUBALAR	R\$ 4,83	R\$ 19,32
BORRIFADOR	UN	3	UNILUK	R\$ 4,90	R\$ 14,70
SAPÓLIO CREMOSO	UN	5	RADIUM	R\$ 7,15	R\$ 35,75
PERFEX ROLO AZUL - ROLO 25M T = 50 UNI	UN	1	PERFEX	R\$ 11,33	R\$ 11,33
<b>VALOR TOTAL À COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>426,49</b>	



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0287 / 00000053805-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SALES
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.290.557/0001-68
<b>Valor:</b>	R\$ 426,49
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 0230122.3004AS S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 16:08:22

<b>Código da operação:</b>	00160514
<b>Chave de segurança:</b>	35T872PHM6YX1FNT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE JORGE LUIS DE OLIVEIRA SJ DOS CAMPOS - FORTALEZA SOLUCOES PR OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
EMIÇÃO: 20/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 160,90 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0001-62 - AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - 5  
AND-SALA 51 PARQUE CAMPOLIM - SOROCABA - SP

NF-e  
Nº000.001.679  
SÉRIE : 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

 <p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº000.001.679 SÉRIE 001 FOLHA 01 / 02	
	CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0016 7918 3840 8980	
	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	
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230105542788 20/01/2023 17:10:04		
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b>		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119	IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 03.072.845/0002-61

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CPF/CNPJ 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 20/01/2023
ENDERECO <b>Avenida Antonio Carlos Comitre, 1393 - 5º And-Sala 51</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP 18047-620	DATA DA ENTRADA / SAÍDA 20/01/2023
MUNICÍPIO <b>Sorocaba</b>	FONE / FAX (12) 99764-1457	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA DA ENTRADA / SAÍDA 17:10			

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR ICMS DESONERADO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 160,90
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 160,90

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL <b>Fortaleza Solucoes Profissionais para Limpeza</b>	FRETE POR CONTA <b>3 - Próp. Emit.</b>	CÓDIGO ANTT <b>EXS9885</b>	UF <b>SP</b>	CNPJ/CPF 03.072.845/0002-61	
ENDERECO <b>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694</b>	MUNICÍPIO <b>Sao Jose dos Campos</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	V. DESC.	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
600247	DETERGENTE CONCENTRADO NEUTRO PREMIUM DN60 05L	34025000	0500	5405	UNI	1	31,20	31,20	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 10,81 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
220033	SACO DE LIXO FLEX 60L PRETO 100UNID	39232910	0500	5405	UNI	5	20,60	103,00	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 38,22 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
321	CABO ALUMINIO 1,50M C/MANOPLA AZUL LISO	96039000	0102	5102	UNI	1	19,20	19,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 6,04 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
55190	VASSOURA MADRI CONDOR	96039000	0102	5102	UNI	1	7,50	7,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 2,36 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Documento emitido por EPP optante pelo Simples Nacional Nao gera credito de ICMS e IPI. ICMS recolhido antecipadamente por Substituicao Tributaria conforme Art. 313K e 313L do RICMS. Larissa dos Santos Vilas Boas Compradora: Jacilene Vieira - Ordem de Compra Numero: 20230122.5001TP - Fornecimento de Material de limpeza no mes de janiero/2023 na UBS Telespark em conformidade com o contrato de Gestao nº559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos OC 20230122.5001TP - Vencimento: A VISTA	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

<p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr</p> <p> Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA</p> <p>N°000.001.679 SÉRIE 001 FOLHA 02/02</p>		
			<p>CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0016 7918 3840 8980</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>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230105542788 20/01/2023 17:10:04</p>
<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b></p>	<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119</p>	<p>IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p>	<p>CNPJ 03.072.845/0002-61</p>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Pagamento: Transferencia  
Entrega: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark

## AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número:  
20230122.5001TP**

Fornecedor: FORTALEZA

Contato: LARISSA

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 12 98848-1156

Condições Pgto: A VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 24h

Valor Total: R\$160,50

### Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir:** [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubstelespark@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubstelespark@incs.org.br); [administracao.ubstelespark@incs.org.br](mailto:administracao.ubstelespark@incs.org.br)

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **Material de limpeza** no mês de janeiro/2023 na UBSAlto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.5001TP** - Vencimento .

Á VISTA

DATA: 10/01/2023			FORTALEZA		
NÚMERO DE PROCESSO:20230122.5001TP			CNPJ: 03.072.845/0002-61		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
SACO PRETO 60L	PCT	5	FLEX 100UNI	R\$ 20,60	R\$ 103,00
DETERGENTE GOLD AUDAX GALÃO 5L (CONCENTRADO)	GALÃO	1	PREMIUM	R\$ 31,20	R\$ 31,20
CABO DE ALUMINIO PARA VASOURA NOVIÇA	UM	1		R\$ 18,80	R\$ 18,80
VASSOURA NOVIÇA	UN	1		R\$ 7,50	R\$ 7,50
<b>VALOR Á COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>160,50</b>	



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8048 / 00000099703-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FORTALEZA SOLUCOES PROFISSIONAIS PARA LI
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.072.845/0002-61
<b>Valor:</b>	R\$ 160,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230122.5001 FO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	20/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	20/01/2023 16:17:16

<b>Código da operação:</b>	00161360
<b>Chave de segurança:</b>	WFVLHN5F96ZNT2AC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

# NFSe - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica



PREFEITURA DE SOROCABA  
SECRETARIA DA FAZENDA

NFSe

Cód. Verificação: 3YxVYLhle

RPS nº: 410

Série NFSe: 1

Nº NFSe: 4117

Data Emissão: 04/01/2023 - 03:19:07

## DADOS DO PRESTADOR

Razão Social: RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA  
CNPJ: 20.242.496/0001-17  
Inscrição Municipal: 332848  
Telefone: (15)3234-3490 Email: nf@medsystem.eng.br  
Endereço: Joana Maria Pereira, 130 - Vila Adélia  
Sorocaba - SP - 18080-141



## DADOS DO TOMADOR

Nome: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
CPF/CNPJ: 09.268.215/0024-59  
Telefone: Email: ger.adm.santana@incs.org.br  
Endereço: Rui Barbosa - de 2187/2188 a 2768/2769, 2445 - SANTANA  
São José dos Campos - SP - 12212-000

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Valor aproximado total de tributos federais, estaduais e municipais R\$239,50 (5,00%) conforme disposto na Lei nº 12.741/12  
Ref: Parcela recorrente com vencimento 20/01/2023, competência 01/2023 no valor de R\$4.790,00 (R\$4.790,00 R\$0,00(a)  
R\$0,00(d))

Venda Recorrente 61 com parcelas no valor de R\$4.790,00

Engenharia Clínica R\$4.790,00 (R\$4.790,00 x 1)

Contrato de engenharia clínica referente a Dezembro  
UBS Santana - São José dos Campos

Tipo de tributação:

Código do Serviço: 1701

Município de prestação do serviço: São José dos Campos

Código tributário no município:

CNAE: 712010001

## TOTAIS

Valor dos Serviços:	4.790,00	(-) Deduções:	0,00
(-) Descontos:	0,00	(=) Base de Cálculo:	4.790,00
(-) Retenções na Fonte:	0,00	(x) Alíquota:	5,00
(=) Valor líquido da nota:	4.790,00	(=) Valor do ISS:	239,50

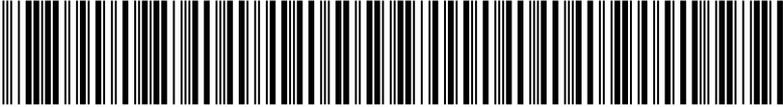
## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022

Vencimento <b>20/01/2023</b>	Agência/Código do Beneficiário 3327-8 / 6867928	Número do Documento 1045	Nosso Número 000000001296 3
Valor do Documento <b>4.790,00</b>	(-) Descontos	(+) Acréscimos	(=) Valor Cobrado
Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - CNPJ 09.268.215/0024-59 Rua Rui Barbosa - de 2187/2188 a 2768/2769, 2445 - - SANTANA - 12212-000 São José dos Campos-SP			
Sacador/Avalista RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA - CNPJ 20.242.496/0001-17			Autenticação Mecânica
Beneficiário RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA - CNPJ 20.242.496/0001-17 Rua Joana Maria Pereira, 130 - - 18080-141 Sorocaba-SP			

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					Vencimento <b>20/01/2023</b>
Beneficiário RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA Rua Joana Maria Pereira, 130 - - 18080-141 Sorocaba-SP					20.242.496/0001-17
Agência/Código do Beneficiário 3327-8 / 6867928					
Data do Documento 04/01/2023	Número do Documento 1045	Espécie Doc DM	Aceite N	Data do Processamento 04/01/2023	Nosso Número 000000001296 3
Uso do Banco COB. SIMPLES RCR	Carteira R\$	Espécie Moeda R\$	Qtde Moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento <b>4.790,00</b>
Instruções - Texto de Responsabilidade do Beneficiário Boleto com vencimento no final de semana, poderá ser pago no próximo dia útil Caso precise de ajuda, acesse <a href="https://www.medsystemhospitalar.com.br/contato">https://www.medsystemhospitalar.com.br/contato</a>  *Sujeito a protesto de título após o vencimento					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - CNPJ 09.268.215/0024-59 Rua Rui Barbosa - de 2187/2188 a 2768/2769, 2445 - - SANTANA - 12212-000 São José dos Campos-SP					
Sacador/Avalista RMED TECNOLOGIA MEDICA LTDA - CNPJ 20.242.496/0001-17					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	03399.68679 92800.000009 01296.301011 5 92360000479000
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO SANTANDER S.A.
<b>Código do Banco:</b>	033
<b>Código do ISPB:</b>	90400888
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>RMED TECNOLOGIA MEDICA EIRELI</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>RMED TECNOLOGIA MEDICA EIRELI</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>20.242.496/0001-17</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	20/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	23/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	4.790,00
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	4.790,00
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.790,00

**Identificação do Pagamento:** NF 4117 RMED

**Data/hora da operação:** 23/01/2023 16:04:48

**Código da operação:** 023672890

**Chave de segurança:** KEKW82SXWXCA3EUC

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA			
 <b>SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA.</b> R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697 - COLONIA 08260-090 SAO PAULO - SP (11) 2723-4000		0-ENTRADA 1-SAÍDA <b>1</b> <b>004.725.735</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>FOLHA 1/2</b>		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7257 3510 0738 5780 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 <b>VENDAS NO ESTADO</b>				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230114786594 23/01/2023 12:26:34</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 148.264.300.110		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 10.290.557/0001-68	

<b>DESTINATÁRIO</b>		CNPJ		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE (613886)</b>		<b>09.268.215/0001-62</b>		<b>23/01/2023</b>	
ENDEREÇO <b>AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>PARQUE CAMPOLIM</b>		CEP <b>18047-620</b>	
MUNICÍPIO <b>SOROCABA</b>		UF <b>SP</b>		FONE / FAX <b>(00) 2236-5024</b>	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA	

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>		CNPJ		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>UBS ALTO DE SANTANA</b>		<b>09.268.215/0001-62</b>			
ENDEREÇO <b>AV. ALTO DO RIO DOCE, 1566</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>JARDIM ALTOS DE</b>		CEP <b>12212-000</b>	
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>		UF <b>SP</b>		FONE / FAX <b>(00) 0000-0000</b>	

<b>FATURA / DUPLICATA</b>					
<b>PARCELAS</b>					
001 26/01/2023 426,49					
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE CÁLC ICMS <b>85,99</b>		VALOR ICMS <b>15,49</b>		TOTAL DOS PRODUTOS <b>426,49</b>	
VALOR FRETE <b>0,00</b>		VALOR DESCONTO <b>0,00</b>		VALOR APROX TRIB <b>151,25</b>	
VALOR SEGURO <b>0,00</b>		OUTRAS DESP <b>0,00</b>		TOTAL DA NOTA <b>426,49</b>	
BASE CÁLC ICMS ST <b>0,00</b>		VALOR ICMS ST <b>0,00</b>		VALOR IPI <b>0,00</b>	

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>SALES EQUIP. E P. DE HIG. PROF LTDA</b>		FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>		CNPJ	
ENDEREÇO <b>R. PROF. HASEGAWA 699 - COLONIA (ZONA L</b>		MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>		UF <b>SP</b>	
QUANTIDADE <b>24</b>		ESPECÍE		MARCA	
NUMERAÇÃO <b>00024</b>		PESO BRUTO <b>32,520</b>		PESO LÍQUIDO <b>31,920</b>	

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
015349	COPO 180ML ECONOPOT BR PS 25X100 Cód. Barras: 17898965262393	39241000	060	5405	CX	2	88,18	176,36	0,00	0,00		66,22
016648	DETERGENTE 5L NEUTRO TRIUM Cód. Barras: 7899673302527	34029090	060	5405	GL	3	11,33	33,99	0,00	0,00		11,41
016320	ESCOVA SANITARIA C/ SUPORTE BRUBALAR Cód. Barras: 7898311540598	96039000	000	5102	UN	4	4,83	19,32	19,32	3,48	18,00	6,08
014319	PANO BOBINA 28X25M LIFE CLEAN AZUL Cód. Barras: 7908182700264	56031290	000	5102	UN	1	11,32	11,32	11,32	2,04	18,00	3,56
014916	PULVERIZADOR 500ML UNILUK Cód. Barras: 7898341420334	84248990	000	5102	UN	4	4,90	19,60	19,60	3,53	18,00	6,30
017344	SACO P/LIXO INFEC 50L EMBALAC C/100 Cód. Barras: 040232768156	39232190	060	5405	PT	5	26,03	130,15	0,00	0,00		45,96
010327	SAPONACEO PO 300G C/CLORO RADIUM Cód. Barras: 7891022505009	34054000	000	5102	UN	5	7,15	35,75	35,75	6,44	18,00	11,72
	CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES W.RICMS ENTREGAR NO SETOR DE ALMOXARIFADO PAGAMENTO a VISTA Fornec M limp jan/23 na UBS A.SANTANA Ctr no559/2022. INCS e a PrefMun \$jc OC 20230122.3004AS - Trib aprox R\$: 74.47 Federal, 76.78 Estadual e 0.00 Municipal.											

<b>DADOS ADICIONAIS</b>		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (continua no corpo do DANFE) CUBAGEM: 0,23136 LOCAL DE ENTREGA: UBS ALTO DE SANTANA NOME FANTASIA: INCS - INSTITUTO NAC PORTADOR: DEP ITAU VENDEDOR: DAFINI OLIVEIRA ENT:AV. ALTO DO RIO DOCE 1566 JARDIM ALTOS DESAO JOSE DOS CAMP/SP NUMERO PEDIDO: 738578 ORC.028780 ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. CFE ART. 313-E,313-G,313-K,313-			

FKN Informatica Ltda | www.fkn.com.br

Gerado em 23/01/2023 às 12:47:59 pelo UniDANFE 3.9.8 Plus | www.unidanfe.com.br

		RECEBEMOS DE SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 004.725.735. EMISSÃO: 23/01/2023 VALOR TOTAL: 426,49 DESTINATÁRIO: 613886-INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AV. ALTO DO RIO DOCE.		<b>NF-e</b> <b>004.725.735</b> <b>SÉRIE 1</b> <b>740 de 957</b>	
DATA DO RECEBIMENTO		ASSINATURA DO RECEBEDOR - SALES EQUIP. - CNPJ: 10.290.557/0001-68			

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF.  
LTDA.**

**R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697 - COLONIA  
08260-090 SAO PAULO - SP  
(11) 2723-4000**

**DANFE**

DOCUMENTO  
AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

1

**004.725.735**  
**SÉRIE 1**  
**FOLHA 2/2**



CHAVE DE ACESSO

3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7257 3510 0738 5780

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)

ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDAS NO ESTADO**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

**135230114786594 23/01/2023 12:26:34**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148.264.300.110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

10.290.557/0001-68

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
	Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ											

## Declaração

Declaramos para os devidos fins que a partir de Julho de 2022 todos os boletos do Grupo Sales (Sales Equipamentos e Sales Indústria ) serão emitidos por nossa empresa do grupo que Administra os recebíveis, não se trata de factoring.

Sales Gestão de Recebíveis LTDA CNPJ 45.602.007/0001-11

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Terezinha Sposito Sales

Rg: 6401805 ssp/sp CPF: 507.761.938-72

Sales Equipamentos e Produtos de Higiene Profissional LTDA.

CNPJ 10.290.557/0001-68

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 0230122.3004AS**

Fornecedor: SALES

Contato: Dafini

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 11 99578-2070

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 3 dias

Valor Total: 426,49

### Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 - Jd. Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12212-000

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE ESCRITORIO** no mês de **JANEIRO**, na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 0230122.3004AS - Vencimento: À VISTA**

DATA: 10/01/2023			SALES		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4004AS			CNPJ: 10.290.557/0001.68		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UN	VALOR TT
COPO DESCARTÁVEL 180ML	CX	2	ECONOPOT	R\$ 88,85	R\$ 177,70
DETERGENTE LAVA LOUÇA GALÃO 5L	GALÃO	3	TRIUM	R\$ 11,33	R\$ 33,99
SACO INFECTANTE 50L	PCT	5	RAVA	R\$ 26,74	R\$ 133,70
ESCOVA LAVATINA PLÁSTICA COM SUPORTE	UN	4	BRUBALAR	R\$ 4,83	R\$ 19,32
BORRIFADOR	UN	3	UNILUK	R\$ 4,90	R\$ 14,70
SAPÓLIO CREMOSO	UN	5	RADIUM	R\$ 7,15	R\$ 35,75
PERFEX ROLO AZUL - ROLO 25M T = 50 UNI	UN	1	PERFEX	R\$ 11,33	R\$ 11,33
<b>VALOR TOTAL À COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>426,49</b>	



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0287 / 00000053805-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SALES
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.602.007/0001-11
<b>Valor:</b>	R\$ 426,49
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 0230122.3004AS S
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/01/2023 11:43:42

<b>Código da operação:</b>	00127883
<b>Chave de segurança:</b>	WZJTZL0CVF85H0CJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE EQUIVALE - EQUIPAMENTOS DE PROTECAO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 151,90	NF-e Nº: 000.042.493 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

<b>EQUIVALE - EQUIPAMENTOS DE</b>   Avenida Doutor Nelson D'Avila, 680 Jardim Sao Dimas Sao Jose dos Campos SP TEL/FAX: 1239225522 CEP: 12245031	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> Nº 000.042.493 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3523 0107 4771 2200 0112 5500 1000 0424 9310 0021 2145 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645473696112	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 07.477.122/0001-12

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 23/01/2023
ENDEREÇO Avenida Antonio Carlos Comitre, 1393 ANDAR 5 SALA 51	BAIRRO/DISTRITO Parque Campolim	CEP 18047-620	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO Sorocaba	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA

**FATURA**

Número	Data Vcto	Valor
001	24/01/2023	151,90

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 151,90	VALOR DO ICMS 27,34	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 151,90
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 48,85	VALOR TOTAL DA NOTA 151,90

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

RAZÃO SOCIAL EQUIVALE	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF 07.477.122/0001-12
ENDEREÇO AV DR NELSON DAVILA 680	MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMP	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 645473696112		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
1401008	OCULOS LEOPARDO Incolor ANTIRISCO	90049020	0 00	5102	UT	14.0000	5.9000	82,60	82,60	14,87	0,00	18,0000	0,00	26,83
1401040	OCULOS PANDA Incolor	90049020	0 00	5102	UT	2.0000	10.9000	21,80	21,80	3,92	0,00	18,0000	0,00	7,08
7020	RESPIRADOR DESCARTAVEL KN95 EVEXIA	63079010	0 00	5102	UN	25.0000	1.9000	47,50	47,50	8,55	0,00	18,0000	0,00	14,94

**CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

cimento A VISTA O horário de entrega de mercadorias e de 08:00 as 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira. O local de entrega sera no Setor de Almoarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, Sao Jose dos Campos - SP, 12212-700

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES O ICMS nao compoe a base de calculo para incidencia do PIS e da COFI NS, para os fins e nos termos do art. 19, caput, e inciso VI, a, c/c art. 19-A, III, e 1 da Lei n 10.522, de 2002, o PARECER SEI N 14483 /2021/ME (18741982) Fornecimento de EPI no mes de janiero/2023 na UB Salto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestao no559/2022. firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Pr	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.5002TP**

Fornecedor: EQUIVALE

Contato: Alline

Data Emissão: 19/01/,2022

Telefone: (12) 99169-3886

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 24h

Valor Total: R\$ 151,90

### Instruções

Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubstelespark@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubstelespark@incs.org.br); [administracao.ubstelespark@incs.org.br](mailto:administracao.ubstelespark@incs.org.br)

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

#### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de EPI no mês de janeiro/2023 na UBS Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº559/2022. firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC 20230122.5002TP - Vencimento À VISTA

DATA: 16/01/2023			EQUIVALE		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.5002TP			CNPJ: 07.477.122/0001-12		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
MÁSCARA N95	UNI	25	EVEXIA	R\$ 1,90	R\$ 47,50
ÓCULOS DE PROTEÇÃO LEOPARDO	UNI	14	LEOPARDO	R\$ 5,90	R\$ 82,60
ÓCULOS DE PROTEÇÃO SOBREPOR	UNI	2	PANDA	R\$ 10,90	R\$ 21,80
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>				R\$ 151,90	
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				<b>R\$ 151,90</b>	

Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	7770 / 00000050395-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	EQUIVALE EQUIPAMENTOS DE PROTECAO LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	07.477.122/0001-12
<b>Valor:</b>	R\$ 151,90
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 202301225002 EQU
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/01/2023 14:10:04

<b>Código da operação:</b>	00140462
<b>Chave de segurança:</b>	37M24F2EHPCX7KAV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 19/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 444,69 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51 PARQUE CAMPOLIM SOROCABA-SP

**NF-e**  
**Nº. 004.722.248**  
**Série 001**

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA.**

R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697  
COLONIA - 08260-090  
SAO PAULO - SP Fone/Fax: 1127234000

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

**Nº. 004.722.248**  
**Série 001**  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

**3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7222 4810 0734 9889**

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

**135230097934773 - 19/01/2023 13:43:55**

NATUREZA DA OPERAÇÃO

**VENDAS NO ESTADO**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**148264300110**

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

**10.290.557/0001-68**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CNPJ / CPF

**09.268.215/0001-62**

DATA DA EMISSÃO

**19/01/2023**

ENDEREÇO

**AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51**

BAIRRO / DISTRITO

**PARQUE CAMPOLIM**

CEP

**18047-620**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

**SOROCABA**

UF

FONE / FAX

**0022365024**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
125,83	22,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,28	444,69
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	153,49	33,74	444,69

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

**SALES EQUIP. E P. DE HIG. PROF LTDA**

FRETE POR CONTA

**(0) Emitente**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

**R. PROF. HASEGAWA 699 - COLONIA (ZONA L**

MUNICÍPIO

**SAO PAULO**

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

**148264300110**

QUANTIDADE

**30**

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

**00030**

PESO BRUTO

**38,390**

PESO LÍQUIDO

**37,990**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
050034	CABO ALUM UNIVERSAL 22MM 1,50CM RODO200	96039000	000	5102	UN	1,0000	20,0800	20,08	20,08	3,61		18,00	
015349	COPO 180ML ECONOPOT BR PS 25X100	39241000	060	5405	CX	1,0000	88,8500	88,85	0,00	0,00		0,00	
016648	DETERGENTE 5L NEUTRO TRIUM	34029090	060	5405	GL	2,0000	11,3300	22,66	0,00	0,00		0,00	
016320	ESCOVA SANITARIA C/ SUPORTE BRUBALAR	96039000	000	5102	UN	4,0000	4,8300	19,32	19,32	3,48		18,00	
017682	P.TOALHA BOB 100% 20X200X6 BONIFAZ	48182000	060	5405	FD	1,0000	73,6500	73,65	0,00	0,00		0,00	
014319	PANO BOBINA 28X25M LIFE CLEAN AZUL	56031290	000	5102	UN	1,0000	11,3300	11,33	11,33	2,04		18,00	
014916	PULVERIZADOR 500ML UNILUK	84248990	000	5102	UN	2,0000	4,9000	9,80	9,80	1,76		18,00	
016308	SABAO PEDRA 180G NEUTRO GLICER YPE	34011900	000	5102	UN	10,0000	3,6700	36,70	36,70	6,61		18,00	
017344	SACO P/LIXO INFEC 50L EMBALAC C/100	39232190	060	5405	PT	5,0000	26,7400	133,70	0,00	0,00		0,00	
010327	SAPONACEO PO 300G C/CLORO RADIUM	34054000	000	5102	UN	2,0000	7,1500	14,30	14,30	2,57		18,00	
059561	SUPORTE LT PRETO	96039000	000	5102	PC	1,0000	14,3000	14,30	14,30	2,57		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA : 09268215000162-R. BENEDITO PEREIRA LIMA, 210 - JARDIM TELES PAR SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

RESERVADO AO FISCO

Inf. Contribuinte: CUBAGEM: 0,19834

LOCAL DE ENTREGA: UBDS TELESPARK

NOME FANTASIA: INCS - INSTITUTO NACIONAL

PORTADOR: DINHEIRO VENDEDOR: DAFINI OLIVEIRA

ENT:R. BENEDITO PEREIRA LIMA 210 JARDIM TELES PAR SAO JOSE DOS CAMPOS/SP

NUMERO PEDIDO: 734988

ORC:999403

ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. CFE ART. 313-E,313-G,313-K,313-W.RICMS

Fornec M limp jan/23 na UBS Telespark Ctr no559/2022. INCS e a PreMun Sjc

OC 20230122.5001TP - Venc: AV.

Trib aprox R\$: 73.44 Federal, 80.04 Estadual e 0.00 Municipal.

Fonte: IBPT/FECOMERCIO &quot

SP&quot

Xe67eQ

Email do Destinatário: compras@servpharma.com.br

Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 153,49

Impresso em 20/01/2023 as 13:03:57

Gerado em www.fsist.com.br



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0287 / 00000053805-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SALES
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.602.007/0001-11
<b>Valor:</b>	R\$ 444,69
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 04722248 SALES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/01/2023 14:12:48

<b>Código da operação:</b>	00140696
<b>Chave de segurança:</b>	WAHQZJC5FNJU5Z4E

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE GRAFICA AMORIM LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e <b>Nº 001224</b> Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do receptor	



**DANFE**  
Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletrônica  
0-Entrada  
1-Saída **1**  
**Nº 001224**  
SERIE: 1  
Página: 1 de 1

Controle do Fisco	
Chave de acesso	3523 0113 2977 9900 0171 5500 1000 0012 2415 0282 2209
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	

Natureza da operação Venda de mercadorias	Protocolo de autorização de uso 135230139957092 27/01/2023 10:50:28
Inscrição Estadual 147.847.678.111	Inscr.est. do subst.trib. CNPJ 13.297.799/0001-71

#### Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE	CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	Inscrição Estadual ISENTO	Data emissão 27/01/2023
Endereço Avenida Elias Yazbek, 1415 - PRONTO SOCORRO CENTRAL E MATERNIDADE	Bairro Vila Cercado Grande	CEP 06.803-000	Data saída 27/01/2023
Município Embu das Artes	Fone/Fax (11) 98797-4436	UF SP	Hora saída 10:50:28

#### Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
--------	------------	-------	--------	------------	-------	--------	------------	-------

#### 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 do FCP ST 0,00	Valor total dos produtos 320,00
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 320,00

#### Transportador/Volumes transportados

Nome EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF 34.028.316/0031-29
Endereço	Município São Paulo	UF SP	Inscrição Estadual		
Quantidade 1	Espécie VOLUME	Marca	Numeração	Peso bruto 4,000	Peso líquido 3,500

#### Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	ETIQUETA TERMICA 100X36 ROLO C/1000	48114190	0101	5.102	RL	10,00	32,0000	320,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

#### Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal 4.645.139-0	Valor total dos serviços 0,00	Base de cálculo do ISSQN 0,00	Valor do ISSQN 0,00
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

#### Dados adicionais

Observações Total aproximado de tributos: R\$ 102,82 (32,13%) Federais R\$ 45,22 (14,13%) Estaduais R\$ 57,60 (18,00%) . Fonte IBPT.  ORDEM DE COMPRA 20230122.103AP LOCAL DE ENTREGA: RUA ALZIRO LEBRÃO, 76 ALTO DA PONTE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP - CEP 12212-531	Reservado ao fisco
---	--------------------

27/01/2023 10:51:24

**Ordem de Compra Número:  
20230122.1038AP**

Fornecedor: GRAFICA AMORIM LTDA

Contato: ALESSANDRA

Data Emissão: 18.01.23

Telefone:

Condições Pgto: DEPÓSITO ANTECIPADO

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 5 DIAS ÚTEIS

**Valor Total: R\$ 320,00**

### Instruções

Enviar nota fiscal eletrônica imediatamente após a sua emissão no email: [fiscal.ponte@incs.org.br](mailto:fiscal.ponte@incs.org.br)

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzíro Lebrão, 76 - **Alto da Ponte**, São José dos Campos - SP, 12212-531.

Inscrição Estadual: ISENTA

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **Material de Escritório** no mês de **01/2023** na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos –OC 20230122.1038AP – PAGAMENTO ANTECIPADO – COMPETÊNCIA: 01 ”

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.1038AP			CNPJ: 13.297.799/0001-71		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
TIQUETA TÉRMICA 100 MM X 36 MM ROLO COM 35 MT	RL	10		R\$ 32,00	R\$ 320,00
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>			<b>R\$ 320,00</b>		



Cristiana Miranda  
Compradora



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1521 / 00000030526-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	GRAFICA AMORIM LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	13.297.799/0001-71
<b>Valor:</b>	R\$ 320,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230103038 AMOR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/01/2023 15:27:18

<b>Código da operação:</b>	00148791
<b>Chave de segurança:</b>	CCVX3RGSZYVFP2NH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE S C RODRIGUES ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 23/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 1.280,88 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 ALTO DA PONTE Sao Jose dos Campos-SP

NF-e  
Nº. 000.000.700  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

S C RODRIGUES ME

R ANTONIO SUSINI, 130 - FDS  
JARDIM PRINCESA - 02856-100  
Sao Paulo - SP Fone/Fax: 11961059003

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.700  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0125 4015 5700 0165 5500 1000 0007 0019 3237 5544

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

135230137821797 - 27/01/2023 00:45:32

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**141127371113**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
**5.531.962-9**

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.  
**25.401.557/0001-65**

CNPJ / CPF  
**09.268.215/0010-53**

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

CNPJ / CPF  
**09.268.215/0010-53**

DATA DA EMISSÃO  
**23/01/2023**

ENDEREÇO  
**RUA ALZIRIO LEBRAO, 76**

BAIRRO / DISTRITO  
**ALTO DA PONTE**

CEP  
**12212-500**

DATA DA SAÍDA/ENTRADA  
**23/01/2023**

MUNICÍPIO  
**Sao Jose dos Campos**

UF  
**SP**

FONE / FAX  
**1530352779**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA  
**10:19:07**

FATURA / DUPLICATA

Num. **001**  
Enc. **27/01/2023**  
Valor **R\$ 1.280,88**

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. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.280,88
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.280,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**0-Por conta do Rem**

ENDEREÇO

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
0002	INDICADOR QUIMICO CLASSE 5 - INTEGRON Pacote com 200 unidades. Tipo mudanca de cor. Marca : INTEGRON	59112010	0103	5102	UN	3,0000	200,0000	600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	BOBINA GRAU CIRURGICO 25X100	48195000	0103	5102	UN	3,0000	226,9600	680,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Inf. Contribuinte: Fornecimento de CME no mes de 01/2023 na UPA ALTO DA PONTE em conformidade com o contrato de Gestao n 559 / 2022, pactuado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos. - OC 20230103040.AP Email do Destinatário: compras@integralogsaude.com.br>

RESERVADO AO FISCO  
753 de 957

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0152 / 00000024087-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SCR HOSPITALAR S C RODRIGUES ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	25.401.557/0001-65
<b>Valor:</b>	R\$ 1.280,88
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 253 SCR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/01/2023 16:36:04

<b>Código da operação:</b>	00156161
<b>Chave de segurança:</b>	RPQEHM222AL9TG98

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO		Nº 28481
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		SÉRIE: 1

 <b>FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA</b> AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>Nº 28481</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 3</b>	<b>CONTROLE DO FISCO</b>  CHAVE DE ACESSO <b>35230124711499000103550010000284811585240590</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>
--	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230128408088 25/01/2023 14:03</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>636247590110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR	CNPJ <b>24711499000103</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		<b>09268215000162</b>	<b>25/01/2023</b>	
ENDEREÇO <b>AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393 - AN</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP <b>18047620</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>25/01/2023</b>	
MUNICÍPIO <b>SOROCABA</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>13:27</b>

<b>FATURA</b>
---------------

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>25659,00</b>	VALOR DO ICMS <b>4618,62</b>	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST SUBTI <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>38324,27</b>	
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>38324,27</b>

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL <b>F D SANCHES TRANSPORTES - ME</b>	FRETE POR CONTA EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF <b>33280494000164</b>
ENDEREÇO <b>RUA CHAVANTES, 75, JD. AGUAPEU</b>	MUNICÍPIO <b>MONGAGUA</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>459075622119</b>		
QUANTIDADE <b>59</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>COD 51129</b>	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
7897780222974	ACIDO PERACETICO 0,2% 5 LITROS PERAXRIO 05 UNID - L: 2203288 F: 08/2022 V: 08/2024 01 UNID - L: 2202037 F: 06/2022 V: 06/2024	29152100	160	5405	UN	6,00	305,69	1834,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897889108452	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 25X070 21G CAIXA C/100 INJEX L: 885/20 F: 07/2020 V: 07/2025	90183219	000	5102	UN	10,00	45,00	450,00	0,00	450,00	81,00	0,00	18,00	0,00
7897889108513	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 30X0,70 CAIXA C/100 INJEX 37 UNID - L: 688/19 F: 04/2019 V: 04/2024 43 UNID - L: 929/20 F: 12/2020 V: 12/2025	90184999	000	5102	UN	80,00	45,00	3600,00	0,00	3600,00	648,00	0,00	18,00	0,00
7897889108544	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 30X0,80 CAIXA C/100 INJEX L: 944/21 F: 02/2021 V: 02/2026	90184999	000	5102	UN	30,00	45,00	1350,00	0,00	1350,00	243,00	0,00	18,00	0,00
7897889110554	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 40X1,20 CAIXA C/100 INJEX L: 1096/21 F: 12/2021 V: 12/2026	90184999	000	5102	UN	60,00	48,00	2880,00	0,00	2880,00	518,40	0,00	18,00	0,00
07899780117243	CATETER IV PERIF POLYMED 20G 1,11MMx32MM 100'S R.11105	90183929	000	5102	UN	10,00	242,00	2420,00	0,00	2420,00	435,60	0,00	18,00	0,00

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Fornecimento de material hospitalar no mês de 01/2023 na UP A Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a P.M. de São José dos Campos. OC 202301 03039. AP /// PAGTO ANTECIPADO DADOS: Banco do Brasil Ag. 28 98-3 C/C 24855-X /// Local de entrega será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12212-531  Val Tributos Não Apurado R\$38.324,27 (100,00%)	



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA**  
**AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444**

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 28481

SÉRIE: 1

Página 2 de 3

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230124711499000103550010000284811585240590

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230128408088 25/01/2023 14:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
07899780117250	L: 103149J01 F: 01/07/2022 V: 30/06/2027 CATETER IV PERIF POLYMED 22G 0,9MMx25MM 100'S R.11106 L: 103149J01 F: 01/07/2022 V: 30/06/2027	90183929	000	5102	UN	10,00	242,00	2420,00	0,00	2420,00	435,60	0,00	18,00	0,00
07899780117267	L: 103149L01 F: 01/07/2022 V: 30/06/2027 CATETER IV PERIF POLYMED 24G 0,7MMx19MM 23MLM 100'S L: 103149L01 F: 01/07/2022 V: 30/06/2027	90183929	000	5102	UN	12,00	242,00	2904,00	0,00	2904,00	522,72	0,00	18,00	0,00
7897780215099	DETERGENTE ENZIMATICO 5000ML RIOZYME ECO L: 2200230 F: 02/2022 V: 02/2024	35079019	560	5405	UN	3,00	164,55	493,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17908367100893	EQUIPO MACRO COMPLETO LUER SLIP C/25 LABOR IMPORT L:06062022 F: 06/06/2022 V: 06/06/2025	90189010	100	5102	UN	200,00	35,50	7100,00	0,00	7100,00	1278,00	0,00	18,00	0,00
7891800204667	ESPARADRAPO 10x4,5M PROCITEX 96 UNID - L: 0063251L F: 12/2022 V: 12/2024 04 UNID - L: 0063248K F: 11/2022 V: 11/2024	30051030	060	5405	UN	100,00	17,80	1780,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7899780148117	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA 25MMx10M WILTEX L: 20220720 F: 20/07/2022 V: 19/07/2027	30051020	160	5405	UN	288,00	4,46	1284,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
751320501387	PAPEL GRAU CIRURGICO HOSPFLEX ROLO 15X100M 02 UNID - L: 06/22 F: 06/22 V: 05/2025 01 UNID - L: 04/22 F: 04/2022 V: 03/2025	48115129	160	5405	UN	3,00	145,80	437,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
751320501424	PAPEL GRAU CIRURGICO HOSPFLEX ROLO 30X100M 01 UNID - L: 0122 F: 01/2022 V: 12/2025 02 UNID - L: 0622 F: 06/2022 V: 05/2025	48043990	060	5405	UN	3,00	287,70	863,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17899780142594	SCALP DISP SEGUR SAFER 21Gx3/4 C/100 L: 220505 F: 05/05/2022 V: 04/05/2027	90183929	100	5102	UN	30,00	65,00	1950,00	0,00	1950,00	351,00	0,00	18,00	0,00
17899780142600	SCALP DISP SEGUR SAFER 23Gx3/4 C/100 L: 220506 F: 06/05/2022 V: 05/05/2027	90183929	100	5102	UN	9,00	65,00	585,00	0,00	585,00	105,30	0,00	18,00	0,00
7897889102351	SERINGA HIPODERMICA 10ML BICO LOCK C/ROSCA S/AGUL INJEX UNIT 3600 UNID - L: 4096/22 F: 06/22 V: 06/2027 1350 UNID - L: 4180/22 F: 07/2022 V: 07/2027 450 UNID - L: 4097/22 F: 06/2022 V: 06/2027	90183119	060	5405	UN	6300,00	0,50	3150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897889102443	SERINGA HIPODERMICA 3ML BICO	90183119	060	5405	UN	3850,00	0,25	962,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA  
LTDA**  
AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO  
CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11)  
43185444

### DANFE

Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 28481

SÉRIE: 1

Página 3 de 3

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230124711499000103550010000284811585240590

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230128408088 25/01/2023 14:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

#### DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7897889102511	LOCK C/ROSCA S/AGUL INJEX UNIT 2850 UNID - L: 4288/22 F: 09/2022 V: 09/2027 1000 UNID - L: 3860/22 F: 03/2022 V: 03/2027  SERINGA HIPODERMICA 5ML BICO LOCK C/ROSCA S/AGUL INJEX UNIT 4600 UNID - L: 4368/22 F: 10/2022 V: 10/2027 800 UNID - L: 4157/22 F: 07/2022 V: 07/2027 800 UNID - L: 4228/22 F: 08/2022 V: 08/2027	90183119	060	5405	UN	6200,00	0,30	1860,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

RECEBEMOS DE FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 28571
		SÉRIE: 1

 <p><b>FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA</b> AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - Entrada 1 - Saída</p> <p><b>Nº 28571</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 1</b></p>	<p>CONTROLE DO FISCO</p>  <p>CHAVE DE ACESSO</p> <p><b>35230124711499000103550010000285711663039175</b></p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal</p>
	NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>636247590110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR	CNPJ <b>24711499000103</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>			
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	CNPJ/CPF <b>09268215000162</b>	DATA DA EMISSÃO <b>31/01/2023</b>	
ENDEREÇO <b>AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393 - AN</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP <b>18047620</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>31/01/2023</b>
MUNICÍPIO <b>SOROCABA</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>17:51</b>

<b>FATURA</b>

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>1860,00</b>	VALOR DO ICMS <b>334,80</b>	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST SUBSTI <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>2457,50</b>	
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DA NOTA <b>2457,50</b>

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL <b>F D SANCHES TRANSPORTES - ME</b>	FRETE POR CONTA EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF <b>33280494000164</b>
ENDEREÇO <b>RUA CHAVANTES, 75, JD. AGUAPEU</b>	MUNICÍPIO <b>MONGAGUA</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>459075622119</b>		
QUANTIDADE <b>5</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>COD 51224</b>	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b>														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
7897889108452	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 25X070 21G CAIXA C/100 INJEX L: 901/20 F: 09/20 V: 09/25	90183219	000	5102	UN	20,00	45,00	900,00	0,00	900,00	162,00	0,00	18,00	0,00
7897889110554	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 40X1,20 CAIXA C/100 INJEX L: 1100/21 F: 12/21 V: 12/26	90184999	000	5102	UN	20,00	48,00	960,00	0,00	960,00	172,80	0,00	18,00	0,00
17898157727853	SERINGA 5ML S/AGULHA 100'S LABOR IMPORT L:0521337 F:12/21 V:11/26	90183111	060	5405	UN	2,00	30,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897889102443	SERINGA HIPODERMICA 3ML BICO LOCK C/ROSCA S/AGUL INJEX UNIT L:4028/22 F:06/22 V:06/27	90183119	060	5405	UN	2150,00	0,25	537,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Fornecimento de material hospitalar no mês de 01/2023 na UP A Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a P.M. de São José dos Campos. OC 202301 03039. AP /// PAGTO ANTECIPADO DADOS: Banco do Brasil Ag. 28 98-3 C/C 24855-X /// Local de entrega será no Setor de Almo xari fado, Rua Al ziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José d os Campos - SP, 12212-531</p> <p>Val Tributos Não Apurado R\$. 457,50 (100,00%)</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p>

## FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPOR

CNPJ: 24.711.499/0001-03

I.E.: 636247590110

Endereço: AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585

Bairro: SANTA PAULA

Fone: (11) 4318 5444

E-mail: administrativo@four.med.br

CEP: 09.561-200

Cidade: SAO CAETANO DO SUL-SP

Data: 23/01/2023 10:21

Vendedor: AL5

Forma Pgto.: Crediário

Detalhe: 01A INCS - PQ CAMPOLIM SOROC Parcelas: 1

### Cliente

Nome: INCS - PQ CAMPOLIM SOROCABA

CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62

Endereço: AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393

Bairro: Parque Campolim

Complemento: ANDAR 5 SALA 51

Cidade: SOROCABA-SP

Telefone:

E-mail:

Celular:

### Entrega

Endereço: AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393

Bairro: Parque Campolim

Complemento: ANDAR 5 SALA 51

Cidade: SOROCABA-SP

Região:

Telefone:

Data Hora: 24/01/2023 12:11

Troco Para:

Observação: OC 20230103039.AP

Local de entrega será no Setor de Almoxarifado, Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12212-531.

### Itens

Cód. Barras	Produto	Fabricante	Qtd.	Preço	% Desc.	Total
07898945063029	ACIDO PERACETICO PEROXYLIFE 0,2% 5000	BELL TYPE	6	305,69	0,00	1.834,14
7897889108452	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 25X070	INJEX	30	65,40	31,19	1.350,00
7897889108513	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 30X0,70	INJEX	80	60,00	25,00	3.600,00
7897889108544	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 30X0,80	INJEX	30	60,00	25,00	1.350,00
7897889110554	AGULHA HIPODERMICA DISP SEGUR 40X1,20	INJEX	80	66,30	27,60	3.840,00
22010117261231	CATETER IV PERIF POLYMED 20Gx32MM 61M	CIRURGICA FERNAND	10	245,00	1,22	2.420,00
17898157726900	CATETER SEGURANCA LABOR IMPORT 22G 1	LABOR IMPORT	10	301,54	19,75	2.420,00
17898157726917	CATETER SEGURANCA LABOR IMPORT 24G 1	LABOR IMPORT	12	378,00	35,98	2.904,00
7908346901278	DETERGENTE ENZIMATICO 5 ENZIMAS 5000M	PROLINK	3	327,50	49,76	493,65
17908367100893	EQUIPO MACRO COMPLETO LUER SLIP C/25	LABOR IMPORT	200	45,60	22,15	7.100,00
7891800204667	ESPARADRAPO 10x4,5M PROCITEX	CREMER	100	25,20	29,37	1.780,00
7898563770071	FITA MICROPOROSA CIEX 25x10M BRANCA	CIEX INDUSTRIA COM	288	6,18	27,83	1.284,48
751320501387	PAPEL GRAU CIRURGICO HOSPFLEX ROLO 1	HOSPFLEX EMBALAG	3	145,80	0,00	437,40
751320501424	PAPEL GRAU CIRURGICO HOSPFLEX ROLO 3	HOSPFLEX EMBALAG	3	287,70	0,00	863,10
7898157729638	SCALP COLETA SANGUE A VACUO DISP SEG	LABOR IMPORT	3.000	1,69	61,54	1.950,00
17899780143355	SCALP COLETA SANGUE A VACUO DISP SEG	CIRURGICA FERNAND	9	135,30	51,96	585,00
7897889102351	SERINGA HIPODERMICA 10ML BICO LOCK C/R	INJEX	6.300	0,88	43,18	3.150,00
7897889102443	SERINGA HIPODERMICA 3ML BICO LOCK C/R	INJEX	6.000	0,30	16,67	1.500,00
7897889102511	SERINGA HIPODERMICA 5ML BICO LOCK C/R	INJEX	6.400	0,32	6,25	1.920,00

**Total** 40.781,77



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2898 / 00000024855-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR E IMPO
<b>CPF/CNPJ:</b>	24.711.499/0001-03
<b>Valor:</b>	R\$ 40.781,77
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 51129 FOUR MED
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/01/2023 16:43:47

<b>Código da operação:</b>	00156966
<b>Chave de segurança:</b>	9USYY3T3HFSQXYSU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 19/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 598</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
598	28,29	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	AV RUI BARBOSA, 254 - SANTANA		
<b>MUNICÍPIO</b>	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS UF: SP CEP: 12212-000		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0024-59		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	VINTE E OITO REAIS E VINTE E NOVE CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE TOTAL DE BENEFÍCIOS.....R\$ 1.664,00 TOTAL GERAL DA NOTA REFERENTE AO PEDIDO 2115.....R\$ 1.692,29	28,29	28,29

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b> R\$ 28,29 <b>Alíquota Simples:</b> % 2,00 <b>ISS Incluso</b> R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 28,29
-----------------------------	---	---

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
N85JT70K	91BVAPBV	6YQAHFY	CPCS0HP4
5O47GH5H	NXLN7RYX	SUZ8P5NE	Q58W1FIG
DQRL2Z0N	6ACVO39I	R37KXZUH	M486JZHK
WYCGG7ET	VBIQNM8	SZEM5W1N	4RRFDBD4

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 598 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
N85JT70K	91BVAPBV	6YQAHFY	CPCS0HP4
5O47GH5H	NXLN7RYX	SUZ8P5NE	Q58W1FIG
DQRL2Z0N	6ACVO39I	R37KXZUH	M486JZHK
WYCGG7ET	VBIQNM8	SZEM5W1N	4RRFDBD4

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Período de 08/02/2023 até 07/03/2023

**Empresa: INCS UBS - SANTANA**

CNPJ: 09.268.215/0024-59

**Pedido Nro.: 2115****Matrícula:**

CPF:277.605.988-40

Escala: SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)

**Nome:** ALEXANDRA ROBERTA HONORIO OSSES**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:355.610.818-61

Escala: SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)

**Nome:** DIANA PRISCILA DA LUZ**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:404.339.818-22

Escala: SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)

**Nome:** JENNIFER KAREN DA SILVA**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:443.433.398-40

Escala: SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)

**Nome:** LEONARDO FERNANDO SOARES**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:406.162.328-10

Escala: SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)

**Nome:** LUANA MARIA AMERICO**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:408.750.118-37

Escala: SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)

**Nome:** MIRIAM LUANA COSTA DA SILVA**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:408.750.118-37

**Nome:** PAMELA MARIA TEODORO DE PAULA**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Departamento:** GERAL**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**QTD**

40

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Escala:** SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

40

5,20

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:****Nome:** ROSEMARY DA SILVA ALVES**CPF:**098.533.558-09**Local de Trabalho:** UBS SANTANA**Escala:** SEG A SEX 📅 20 Dia(s) Trabalhado(s)**Departamento:** GERAL**Benefício****QTD****Valor Unitário****Total**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

40

5,20

208,00

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Total Benefícios:</b>	R\$ 1.664,00
<b>Taxa Administrativa:</b>	R\$ 28,29
<b>Taxa Adm. Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Emissão Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Outras Taxas:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa de Entrega:</b>	R\$ 0,00
<b>Repasse:</b>	R\$ 0,00
<b>Acerto:</b>	R\$ 0,00
<b>Total Geral:</b>	R\$ 1.692,29

**Total de Funcionários:** 8**Emissão:** 19/01/2023 08:21

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00018.907238 79958.030003 3 92400000169229

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>24/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> CNPJ/CPF: 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 19/01/2023	Núm. do documento 598	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 19/01/2023	Nosso Número 157 / 00000189 - 0
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.692,29</b>
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C CNPJ/CPF: AV RUI BARBOSA 254 , 12212000 - SANTANA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
<b>Beneficiário final:</b> CNPJ/CPF:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00018.907238 79958.030003 3 92400000169229

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>24/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> CNPJ/CPF: 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 19/01/2023	Núm. do documento 598	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 19/01/2023	Nosso Número 157 / 00000189 - 0
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.692,29</b>
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C CNPJ/CPF: AV RUI BARBOSA 254 , 12212000 - SANTANA - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP					
<b>Beneficiário final:</b> CNPJ/CPF:					

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00018.907238 79958.030003 3 92400000169229
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE C
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	24/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	24/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.692,29
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.692,29
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.692,29

**Identificação do Pagamento:** VT UBS SANTANA 02.2023

**Data/hora da operação:** 24/01/2023 08:35:32

**Código da operação:** 024057460

**Chave de segurança:** VA7X78P568ET6NYG

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

RECEBEMOS DE IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000027617 SÉRIE 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>Identificação do emitente</b> <b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA A DE GASES LTDA</b> R NELSON MAGALHAES, 40 DISTRITO INDUSTRIAL Cep:12042-025 TAUBATE/SP Fone: 551236865424	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA  N. 000027617 SÉRIE 0 FOLHA 01/01	
		<b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b> 3522 1267 4231 5200 0330 5500 0000 0276 1712 9185 8752
		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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO RE VEND.FORA ESTAB	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135221809579686 24/12/2022 11:11:15
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 688295196110	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ/CPF 67.423.152/0003-30
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------

DESTINATARIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE		CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	DATA DE EMISSÃO 24/12/2022
ENDEREÇO RUA EMYGDIA CAMPOLIN, 131		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIN	CEP 18047-626
MUNICIPIO SOROCABA	FONE/FAX 1533576906	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA ENTRADA/SAÍDA 11:04:00			

FATURA	001	22/01/2023	327,02							
--------	-----	------------	--------	--	--	--	--	--	--	--

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 327,02	VALOR DO ICMS 58,86	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 327,02	
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 327,02

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL IBG - IND. BRASILEIRA DE GASES LTDA		FRETE POR CONTA 3-REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO FRP3E86	UF SP	CNPJ/CPF 67.423.152/0003-30
ENDEREÇO RUA NELSON MAGALHAES, 40		MUNICIPIO TAUBATE	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 688295196110		

QUANTIDADE 5	ESPECIE CILINDROS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
-----------------	----------------------	-------	-----------	------------	--------------

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD/SER.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
OXIPPU	ONU 1072-OXIGENIO, COMP RIMIDO- CL.2.2	28044000	000	5104	M3	5,0000	65,4040	327,02	327,02	58,86	0,00	18,00%	0,00%
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135221809579686 Nr.Pedido: 051284Romaneio Nr.: 176661 REMESSA A ORDEM INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE - CNPJ:09.268.215/0005-96 LOTE 20221201OG03001 - 20221210OG03001 Esta NF refere-se aos Romaneios de carga nº ...; Procedimento autorizado por Regime Especial DRT-16 2172/98; Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operacoes de transporte e que atendem as exigencias da regulamentacao. Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 83.66 (25.58%).	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

## Nas Agências Bancárias:

- Imprimir utilizando uma impressora tipo jato de tinta (link jet) ou laser no modo normal da impressão (não usar a opção rascunho).
- Para imprimir o boleto pressione simultaneamente CTRL e P.
- Se você utiliza o Microsoft Internet Explorer, configure-o para usar fontes tamanho médio, caso você use o Netscape Navigator, configure-o para utilizar as fontes definidas no documento, em tamanho 12.

**bradesco** | 237-2 | 23793.36700 92360.000001 32007.070009 7 92380000032702

Local de Pagamento <b>Banco Bradesco</b> <i>Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.</i>					Vencimento 22/01/2023
Beneficiário: IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA - CNPJ: 067.423.152/0001-78 AV ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS 150 BL A - DISTRITO INDUSTRIAL 13213- 009 JUNDIAI - SP					Agência/Código Beneficiário 3367-7/ 0070700- 7
Data do Doc. 24/12/2022	Nº do documento 0000027617	Espécie Doc. DM	Açote 0	Data Proce. 26/12/2022	Nosso Número 009 / 23600000032- 5
Uso do Banco	Carteira 009	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0	Valor	(-) Valor do Documento 327,02

Pagador: INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SA - CNPJ: 009.268.215/0001-62  
RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131 - PARQUE CAMPOLIM  
13047- 626 SOROCABA - SP

Beneficiário Final:

Recebimento através do cheque nº. do Banco  
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco pagador.

*Recibo do Pagador*  
Autenticação Mecânica

Corte aqui

**bradesco** | 237-2 | 23793.36700 92360.000001 32007.070009 7 92380000032702

Local de Pagamento <b>Banco Bradesco</b> <i>Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.</i>					Vencimento 22/01/2023
Beneficiário: IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA - CNPJ: 067.423.152/0001-78 AV ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS 150 BL A - DISTRITO INDUSTRIAL 13213- 009 JUNDIAI - SP					Agência/Código Beneficiário 3367-7/ 0070700- 7
Data do Doc. 24/12/2022	Nº do documento 0000027617	Espécie Doc. DM	Açote 0	Data Proce. 26/12/2022	Nosso Número 009 / 23600000032- 5
Uso do Banco	Carteira 009	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0	Valor	(-) Valor do Documento 327,02

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)  
\* \* VALORES EXPRESSOS EM REAIS \* \* \* \* \*  
JUROS POR DIA DE ATRASO.....1,09  
REF A NF E03-000027617 SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

Pagador: INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SA - CNPJ: 009.268.215/0001-62  
RUA EMYGDIA CAMPOLIN 131 - PARQUE CAMPOLIM  
13047- 626 SOROCABA - SP

Beneficiário Final:

*Ficha de Compensação*  
Autenticação Mecânica





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23793.36700 92360.000001 32007.070009 7 92380000032702
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>67.423.152/0001-78</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	22/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	24/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	327,02
<b>Juros (R\$):</b>	2,18
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	329,20
<b>Valor Pago (R\$):</b>	329,20

**Identificação do Pagamento:** NF 27617 IBG

**Data/hora da operação:** 24/01/2023 16:05:39

**Código da operação:** 024339467

**Chave de segurança:** W1ZFM0Z5HK61E7L7

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**INSTRUÇÕES:**

Serviço de Responsabilidade Técnica número 8478475 - ANOTAÇÃO/CONCESSÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA  
- Parcela 1 de 1  
- Profissional: ELIANE ALVES VITORIO  
- CPD: 303146275  
- Instituição: 31462 - INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Comprovante de Pagamento**



001 - 9

00190.00009 02806.588006 03418.238170 3 92460000023587

Nome pagador / CPF / CNPJ

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE / 09.268.215/0001-62

Nome do beneficiário / CNPJ

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo / 44.413.680/0001-40

Nosso número	Número do documento	Vencimento	(=) Valor do documento	Data do documento
28065880003418238	31618849	30/01/2023	235,87	13/01/2023
Espécie Doc.	Aceite	Data proc	Carteira	Moeda
RC	N	13/01/2023	17	R\$

Autenticação - Recibo do Pagador

Corte na linha pontilhada



001 - 9

00190.00009 02806.588006 03418.238170 3 92460000023587

Local de Pagamento	Pagável em qualquer banco até o vencimento.				Vencimento	30/01/2023
Cedente	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo / 44.413.680/0001-40				Agência / Código cedente	3221-2 / 2195-4
Data do documento	Número do documento	Espécie Doc.	Aceite	Data proc	Nosso número	28065880003418238
13/01/2023	31618849	RC	N	13/01/2023	(=) Valor do documento	235,87
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	(x) Valor	(-) Desconto/Abatimento	0,00
	17	R\$	1	235,87	(-) Outras deduções	0,00
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)	Serviço de Responsabilidade Técnica número 8478475 - ANOTAÇÃO/CONCESSÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA				(+) Mora/Multa	0,00
- Parcela 1 de 1					(+) Outros Acréscimos	0,00
- Profissional: ELIANE ALVES VITORIO					(=) Valor cobrado	235,87
- CPD: 303146275						
- Instituição: 31462 - INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE						
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.						

Sacado

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE / 09.268.215/0001-62  
AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 (5º ANDAR - SALA 51) PARQUE CAMPOLIM  
18047-620 SOROCABA SP Data de postagem: 19/01/2023





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	00190.00009 02806.588006 03418.238170 3 92460000023587
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO DO BRASIL S/A
<b>Código do Banco:</b>	001
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SAO P</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SAO PAULO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>44.413.680/0001-40</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS . INSTITUTO NACIONAL DE C
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	30/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	24/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	235,87
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	235,87
<b>Valor Pago (R\$):</b>	235,87
<b>Identificação do Pagamento:</b>	CORENSP UPA PONTE

**Data/hora da operação:** 24/01/2023 16:36:47

**Código da operação:** 024360519

**Chave de segurança:** 9GQ1Y4WJZL7E4NJS

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE COMERCIAL ZARAGOZA IMP. E EXP. LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ABAIXO		NF-e No. 000023549 Série 002
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

GRUPO <b>ZARAGOZA</b>	COMERCIAL ZARAGOZA IMP. E EXP. LTDA AVENIDA PEDRO FRIGGI, 1031 VISTA VERDE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS / SP 12223-430	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica 1 0 - Entrada 1 - Saída	 <b>CHAVE DE ACESSO</b> 3523.0105.8685.7400.0523.5500.2000.0235.4918.1562.2512

NATUREZA DA OPERAÇÃO Vnd.mer.adq.rec.ter.mer.suj.sub.tri.con.con.sb.	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO 135230126905957 25.01.2023 09:56:14		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645474354117	INSC. EST. SUBST. TRIB.	CNPJ 05.868.574/0005-23	CHAVE DE ACESSO P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE 35230105868574000523550020000235491815622512

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ / CPF 09.288.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 25.01.2023
NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA S		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIM	CEP 18047-620
ENDEREÇO AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE 1393		UF SP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 25.01.2023
MUNICÍPIO SOROCABA	TELEFONE/FAX 1122365024	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 09:55:11

### FATURA

Parcela 001 R\$ 296,50 Venc.: 25.01.2023
--

### CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLCULO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL PRODUTOS 296,50
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NF 296,50

### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF	CNPJ
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 00037	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 28,402 KG	PESO LÍQUIDO 28,052 KG

### DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTDE.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	Bc. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	Al. ICMS	Al. IPI
202205	CHA LEAO MATTE GRANEL 250G NAT 917044 2127106	0903.00.90	060	5405	UN	2	7,150	14,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
204511	AC REF 1KG CARAVELAS 953920 24337	1701.99.00	060	5405	UN	20	3,670	73,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
208593001	CAFE BRASILEIRO 500G, ALM TRAD 769495 0	0901.21.00	060	5405	UN	15	13,920	208,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### CÁLCULO DO ISSQN

INSC. MUNICIPAL 149888	VALOR SERVIÇOS	BASE CÁLCULO ISS	VALOR DO ISS
			0,00

### DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMS já pago via Sub.Trib. Senhores Clientes: Favor conferir as mercadorias no ato da entrega, não aceitamos reclamações posteriores Nr OV: 0190510574 / Nr Fatura: 0091652060 / Pedido cliente: 20230122.4003UAP	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.4003UAP**

Fornecedor: SPANI

Contato: Cassiane

Data Emissão: 20/01/2023

Telefone: 12 98279-2456

Condições Pcto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 1 DIA

Valor Total: 297,28

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubsponte@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubsponte@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoarifado: Rua Alzíro Lebrão S/N, Alto da Ponte, São José dos Campos, SP, 12212-500

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATERIAL DE CONSUMO** no mês de **janeiro/2023** na **UBS ALTO DA PONTE** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022** firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.4003UAP** Vencimento **À VISTA**"

DATA: 19/01/2023			SPANI		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4003UAP			CNPJ: 05.868.574/0002-80		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
PÓ DE CAFÉ –TRÊS CORAÇÕES / BRASILEIRO / PILÃO /MELITTA	PCT	15	BRASILEIRO	R\$ 13,89	R\$ 208,35
CHÁ MATE LEÃO 250gr	CX	2	LEÃO	R\$ 6,94	R\$ 13,88
AÇÚCAR – 2 FARDO/10 UN 1KG	UNI	20	CARALEVAS	R\$ 3,27	R\$ 65,40
TAXA DE ENTREGA					R\$ 9,65
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>				R\$ 297,28	
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				<b>R\$ 297,28</b>	

\_\_\_\_\_  
Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0156 / 00000037929-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SPANI
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.868.574/0003-61
<b>Valor:</b>	R\$ 297,28
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230122.4003 SP
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/01/2023 10:45:56

<b>Código da operação:</b>	00115490
<b>Chave de segurança:</b>	AH051Y3SRC3TWNM2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

		<b>MUNICÍPIO DE PIRAPOZINHO</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPOZINHO</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b>				<b>Número da NFS-e</b> <b>2</b> <b>Código de Verificação de Autenticidade</b> <b>RZYKW8A19</b> <b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b> <b>05/01/2023 às 18:03:29</b> <b>Chave de Acesso</b> 547834LUWEYMK8EZKO0Q5VLWACZBTN	
<b>Informações Fiscais</b>							
Exigibilidade do ISS <b>Exigível</b>		Número do Processo		Município de Incidência do ISS <b>PIRAPOZINHO-SP</b>		Local da Prestação <b>SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>	
Número do RPS		Série do RPS		Tipo do RPS		Data do RPS <b>05/01/2023</b>	
Optante Simples Nacional <b>1 - Sim</b>		Incentivo Fiscal <b>2 - Não</b>		Regime Especial Tributação <b>Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento</b>		Tipo ISS	

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://186.227.40.20:8080/issweb>, menu  
consultas e informe os dados desta NFS-e.

<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>							
CPF/CNPJ <b>47.531.551/0001-45</b>		RG/Inscrição Estadual		Inscrição Municipal <b>00002604</b>		Cadastro <b>000025989</b>	
Nome/Razão Social <b>ZORZAN SERVIÇOS MÉDICOS LTDA</b>							
Logradouro <b>RUA HENRIQUE RANGEL, 1091</b>				Complemento		Bairro <b>VILA NEUSA</b>	
CEP <b>19200-000</b>		Cidade <b>PIRAPOZINHO-SP</b>		Telefone		E-mail	

<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>							
CPF/CNPJ/Documento <b>09.268.215/0010-53</b>		RG/Inscrição Estadual		Inscrição Municipal		Nome/Razão Social <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	
Logradouro <b>RUA ALZIRIO LEBRAO, 76</b>				Complemento		Bairro <b>ALTO DA PONTE</b>	
CEP/Cod.Postal <b>12212-500</b>		Cidade/Pais <b>SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>		Cod. IBGE <b>3549904</b>		Telefone <b>15 30352779</b>	
E-mail <b>incs@incs.me.br</b>							

<b>Discriminação dos Serviços</b>								
Qtde.	Un. Medida	Descrição					Vir. Unitário	Total
1,00	UN	"Nota fiscal referente 1 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a) ,Marcos Tumitan Zorzan" "Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."					1.600,00	R\$ 1.600,00

<b>Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS</b>					<b>Construção Civil</b>				
LC 116/2003: <b>04.01</b>					Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina.					<b>2.00%</b>	<b>0000040000001</b>	<b>8630503</b>		
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado			
<b>R\$ 1.600,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 1.600,00</b>	<b>R\$ 32,00</b>	<b>2 - Não</b>	<b>R\$ 0,00</b>			

<b>Retenções de Impostos</b>						
PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	
<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\$ 0,00</b>	

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.600,00 Val. Aprox. Tributos:

<b>Informações Complementares</b>		

RECEBI(EMOS) DE **ZORZAN SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **RZYKW8A19**.

Data

CPF/RG

Assinatura



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00074821978-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ZORZAN SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	47.531.551/0001-45
<b>Valor:</b>	R\$ 1.600,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 2 ZORZAN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/01/2023 11:24:09

<b>Código da operação:</b>	00119405
<b>Chave de segurança:</b>	GZVMSC9EJ5ETH7CC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE JORGE LUIS DE OLIVEIRA SJ DOS CAMPOS - FORTALEZA SOLUCOES PR OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
EMIÇÃO: 25/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 146,80 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0001-62 - AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - 5  
AND-SALA 51 PARQUE CAMPOLIM - SOROCABA - SP

NF-e  
Nº000.001.734  
SÉRIE : 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

 <p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº000.001.734 SÉRIE 001 FOLHA 01 / 02	
	CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0017 3417 4951 3650	
	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	
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230129206767 25/01/2023 16:11:56		
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b>	IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 03.072.845/0002-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119		

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CPF/CNPJ	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		09.268.215/0001-62	25/01/2023
ENDERECO <b>Avenida Antonio Carlos Comitre, 1393 - 5º And-Sala 51</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP 18047-620	DATA DA ENTRADA / SAÍDA 25/01/2023
MUNICÍPIO <b>Sorocaba</b>	FONE / FAX (12) 99764-1457	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA		HORA DA ENTRADA / SAÍDA 16:12	

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALC DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR ICMS DESONERADO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
		0,00	0,00	0,00	146,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	146,80

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL <b>Fortaleza Solucoes Profissionais para Limpeza</b>	FRETE POR CONTA <b>3 - Próp. Emit.</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO <b>EXS9885</b>	UF <b>SP</b>	CNPJ/CPF 03.072.845/0002-61
ENDERECO <b>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694</b>	MUNICÍPIO <b>Sao Jose dos Campos</b>		UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNIT.	V. TOTAL	V. DESC.	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
220033	SACO DE LIXO FLEX 60L PRETO 100UNID	39232910	0500	5405	UNI	3	20,60	61,80	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 22,93 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
600247	DETERGENTE CONCENTRADO NEUTRO PREMIUM DN60 05L	34025000	0500	5405	UNI	1	31,20	31,20	0,00	0,00	0,00		0	
Carga Tributária: R\$ 10,81 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
321	CABO ALUMINIO 1,50M C/MANOPLA AZUL LISO	96039000	0102	5102	UNI	2	19,20	38,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 12,07 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														
101487051308	RODO PUXA E SECA 40CM LIGHT	96031000	0102	5102	UNI	2	7,70	15,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00
Carga Tributária: R\$ 4,84 Fonte da Carga Tributaria: IBPT														

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Documento emitido por EPP optante pelo Simples Nacional Nao gera credito de ICMS e IPI. ICMS recolhido antecipadamente por Substituicao Tributaria conforme Art. 313K e 313L do RICMS.	

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

RECEBEMOS DE JORGE LUIS DE OLIVEIRA SJ DOS CAMPOS - FORTALEZA SOLUCOES PR OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO  
EMISSION: 25/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 146,80 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE 09.268.215/0001-62 - AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - 5  
AND-SALA 51 PARQUE CAMPOLIM - SOROCABA - SP

NF-e  
Nº000.001.734  
SÉRIE : 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

<p>Jorge Luis de Oliveira SJ dos Campos - Fortaleza Solucoes Pr</p>  <p>Rua Doutor Mario Sampaio Martins, 694 - loja 620 Jardim Sao Dimas CEP 12245-100 Sao Jose dos Campos - SP Telefone: (12) 3204-3812</p>	<p><b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">1</span> 1 - SAÍDA</p> <p>Nº000.001.734 SÉRIE 001 FOLHA 02 / 02</p>		
	<p>CHAVE DE ACESSO 3523 0103 0728 4500 0261 5500 1000 0017 3417 4951 3650</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>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230129206767 25/01/2023 16:11:56</p>		
<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>Venda Estadual</b></p>	<p>INSCRIÇÃO ESTADUAL 125441377119</p>	<p>IE DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p>	<p>CNPJ 03.072.845/0002-61</p>

**OBSERVAÇÕES**  
Larissa dos Santos Vilas Boas  
Compradora: Jacilene Vieira  
- Ordem de Compra Numero: 20230122.3002UAP  
- Fornecimento de Medicamento Emergencial no mes de janeiro na UBS ALTO DA PONTE em conformidade com o contrato de Gestao nº559/2022 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos OC 20230122.3002UAP  
Pagamento: Transferencia  
UBS ALTO DA PONTE - Rua Alziro Lebrao S/N, Alto da Ponte, Centro Comunitario, Sao Jose dos Campos, SP.

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.3002UAP**

Fornecedor: FORTALEZA

Contato: LARISSA

Data Emissão: 18/01/2023

Telefone: 12 98848-1156

Condições Pgto: Á VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 24h

Valor Total: R\$ 187,20

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [auxiliar.financeiro3@incs.org.br](mailto:auxiliar.financeiro3@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Alto de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Alzíro Lebrão, Alto da Ponte, São José dos Campos, SP, 12212-500

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **Medicamento Emergencial** no mês de **janeiro** na **UBS ALTO DA PONTE** em conformidade com o contrato de Gestão nº**559/2022** firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC **20230122.3002UAP** - Vencimento para .....

DATA: 10/01/2023			FORTALEZA		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.3002UAP			CNPJ: 03.072.845/0002-61		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
SACO PRETO 60L	PCT	3	FLEX 100UNI	R\$ 20,60	R\$ 61,80
DETERGENTE GOLD AUDAX GALÃO 5L <b>(CONCENTRADO)</b>	GALÃO	1	PREMIUM	R\$ 31,20	R\$ 31,20
CABO DE ALUMINIO PARA VASOURA NOVIÇA	UM	2		R\$ 18,80	R\$ 37,60
RODO CABO DE ALUMINIO	UN	2		R\$ 7,70	R\$ 15,40
<b>VALOR Á COMPRAR</b>			<b>R\$ 146,00</b>		

Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8048 / 00000099703-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FORTALEZA SOLUCOES PROFISSIONAIS PARA LI
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.072.845/0002-61
<b>Valor:</b>	R\$ 146,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230122.3002 FO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/01/2023 11:26:30

<b>Código da operação:</b>	00119619
<b>Chave de segurança:</b>	UGLNT94USHGMFXKK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 19/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 613,85 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51 PARQUE CAMPOLIM SOROCABA-SP

NF-e  
Nº. 004.721.756  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA.

R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697  
COLONIA - 08260-090  
SAO PAULO - SP Fone/Fax: 1127234000

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 004.721.756  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7217 5610 0734 2226

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

135230096668491 - 19/01/2023 10:37:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS NO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148264300110

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

10.290.557/0001-68

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

DATA DA EMISSÃO

19/01/2023

ENDEREÇO

AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51

BAIRRO / DISTRITO

PARQUE CAMPOLIM

CEP

18047-620

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

SOROCABA

UF

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

SP

0022365024

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

RUA ALZIRO LEBRAO, 1

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA ALZIRO LEBRAO, 1

BAIRRO / DISTRITO

ALTO DA PONTE

CEP

12212-500

MUNICÍPIO

SÃO JOSE DOS CAMPOS

UF

FONE / FAX

SP

000000000

FATURA / DUPLICATA

Num. 001

Enc. 23/01/2023

Valor R\$ 613,85

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS

217,68

VALOR DO ICMS

39,17

BASE DE CÁLC. ICMS S.T.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

V. IMP. IMPORTAÇÃO

0,00

V. TOTAL PRODUTOS

613,85

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR TOTAL IPI

0,00

V. TOTAL DA NOTA

613,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

SALES EQUIP. E P. DE HIG. PROF LTDA

FRETE

0-Por conta do Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

R. PROF. HASEGAWA 699 - COLONIA (ZONA L

MUNICÍPIO

SÃO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148264300110

QUANTIDADE

38

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

00038

PESO BRUTO

37,930

PESO LÍQUIDO

37,530

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
050034	CABO ALUM UNIVERSAL 22MM 1,50CM RODO200	96039000	0/00	5102	UN	1,0000	20,0800	20,08	0,00	20,08	3,61		18,00	
015349	COPO 180ML ECONOPOT BR PS 25X100	39241000	0/60	5405	CX	3,0000	88,8500	266,55	0,00	0,00	0,00		0,00	
016648	DETERGENTE 5L NEUTRO TRIUM	34029090	0/60	5405	GL	2,0000	11,3300	22,66	0,00	0,00	0,00		0,00	
016320	ESCOVA SANITARIA C/ SUPORTE BRUBALAR	96039000	0/00	5102	UN	4,0000	4,8300	19,32	0,00	19,32	3,48		18,00	
015114	LUVA LATEX XG TOP SANRO VERDE	40151900	0/00	5102	PR	5,0000	8,0700	40,35	0,00	40,35	7,26		18,00	
010440	LUVA LATEX G SANRO PLUS LARANJA	40151900	0/00	5102	PR	5,0000	6,6300	33,15	0,00	33,15	5,97		18,00	
015115	LUVA LATEX XG TOP SANRO AMARELA	40151900	0/00	5102	PR	5,0000	8,0700	40,35	0,00	40,35	7,26		18,00	
014319	PANO BOBINA 28X25M LIFE CLEAN AZUL	56031290	0/00	5102	UN	1,0000	11,3300	11,33	0,00	11,33	2,04		18,00	
014916	PULVERIZADOR 500ML UNILUK	84248990	0/00	5102	UN	5,0000	4,9000	24,50	0,00	24,50	4,41		18,00	
017344	SACO P/LIXO INFEC 50L EMBALAC C/100	39232190	0/60	5405	PT	4,0000	26,7400	106,96	0,00	0,00	0,00		0,00	
010327	SAPONACEO FO 300G C/CLORO RADIUM	34054000	0/00	5102	UN	2,0000	7,1500	14,30	0,00	14,30	2,57		18,00	
059561	SUPORTE LT PRETO	96039000	0/00	5102	PC	1,0000	14,3000	14,30	0,00	14,30	2,57		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: CUBAGEM: 0,28223  
LOCAL DE ENTREGA: ENDERECO NOVO  
NOME FANTASIA: INCS - INSTITUTO NAC  
PORTADOR: DINHEIRO VENDEDOR: DAFINI OLIVEIRA  
ENT:RUA ALZIRO LEBRAO 1 ALTO DA PONTE SAO JOSE DOS CAMP/SP  
NUMERO PEDIDO: 734222  
ORC.020233  
ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. CFE ART. 313-E,313-G,313-K,313-W.RICMS  
Formec M limp jan/23 na UBS ALTO DA PONTE Ctr no559/2022.INCS e a PrefMun Sjc  
OC 20230122.3002UPA -Venc: AV.  
Trib aprox R\$: 103.78 Federal, 94.70 Estadual e 0.00 Municipal.  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ  
Email do Destinatário: compras.itu2@integralgsaude.com.br

RESERVADO AO FISCO

783 de 957



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0287 / 00000053805-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SALES
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.602.007/0001-11
<b>Valor:</b>	R\$ 613,85
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 4721756 SALES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/01/2023 11:29:46

<b>Código da operação:</b>	00119906
<b>Chave de segurança:</b>	CJKY5AG5UCESUXRV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE COMERCIAL ZARAGOZA IMP. E EXP. LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ABAIXO		NF-e No. 000023548 Série 002
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

GRUPO <b>ZARAGOZA</b>	COMERCIAL ZARAGOZA IMP. E EXP. LTDA  AVENIDA PEDRO FRIGGI, 1031 VISTA VERDE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS / SP 12223-430	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica 1 0 - Entrada 1 - Saída	 <b>CHAVE DE ACESSO</b> 3523.0105.8685.7400.0523.5500.2000.0235.4814.9723.1186

NATUREZA DA OPERAÇÃO Vnd.mer.adq.rec.ter.mer.suj.sub.tri.con.con.sb.	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO 135230126899263 25.01.2023 09:55:15		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645474354117	INSC. EST. SUBST. TRIB.	CNPJ 05.868.574/0005-23	CHAVE DE ACESSO P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE 35230105868574000523550020000235481497231186

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62	DATA DA EMISSÃO 25.01.2023
NOME/RAZÃO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA S		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIM	CEP 18047-620
ENDEREÇO AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE 1393		UF SP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 25.01.2023
MUNICÍPIO SOROCABA	TELEFONE/FAX 1122365024	UF SP	HORA DE SAÍDA 09:54:40

<b>FATURA</b>
Parcela 001 R\$ 328,69 Venc.: 25.01.2023

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>				
BASE CÁLCULO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL PRODUTOS 328,69
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NF 328,69

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF	CNPJ
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 00040	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 28,966 KG	PESO LÍQUIDO 28,616 KG

<b>DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</b>													
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTDE.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	Bc. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	Al. ICMS	Al. IPI
202205	CHA LEAO MATTE GRANEL 250G NAT 917044 2127106	0903.00.90	060	5405	UN	2	7,150	14,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
204511	AC REF 1KG CARAVELAS 953920 24337	1701.99.00	060	5405	UN	20	3,670	73,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
206107	BDJ M USO BIOPRAT 7.5L BCO 63649 737	3924.10.00	060	5405	UN	3	10,730	32,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
208593001	CAFE BRASILEIRO 500G, ALM TRAD 789495 0	0901.21.00	060	5405	UN	15	13,920	208,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>CÁLCULO DO ISSQN</b>			
INSC. MUNICIPAL 149888	VALOR SERVIÇOS	BASE CÁLCULO ISS 0,00	VALOR DO ISS 0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMS já pago via Sub.Trib. Senhores Clientes: Favor conferir as mercadorias no ato da entrega, não aceitamos reclamações posteriores Nr OV: 0190510577 / Nr Fatura: 0091652059 / Pedido cliente: 20230122.4005AS	RESERVADO AO FISCO

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.4005AS**

Fornecedor: SPANI

Contato: Cassiane

Data Emissão: 20/01/2023

Telefone: 12 98279-2456

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 1 DIA

Valor Total: 328,69

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubsaltossantana@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubsaltossantana@incs.org.br)**

### O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado Av. Alto do Rio Doce, 1566 Jd Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010  
Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **MATL DE CONSUMO** no mês de **JANEIRO**. na **UBS ALTOS DE SANTANA** em conformidade com o contrato de Gestão nº **559/2022**, firmado entre o **INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde** e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.4005AS- Vencimento: AV**

DATA: 19/01/2023			SPANI			
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.4005AS			CNPJ: 05.868.574/0002-80			
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT	
PÓ DE CAFÉ –TRÊS CORAÇÕES / BRASILEIRO / PILÃO /MELITTA	PCT	15	BRASILEIRO	R\$ 13,50	R\$ 202,50	
CHÁ MATE LEÃO 250gr	CX	2	LEÃO	R\$ 6,94	R\$ 13,88	
AÇÚCAR – 2 FARDO/10 UN 1KG	UNI	20	CARALEVAS	R\$ 3,57	R\$ 71,40	
BANDEJA - C 43,5cmx L 29,6cm x A 7,5cm	UNI	3		R\$ 10,42	R\$ 31,26	
Taxa de entrega					R\$ 9,65	
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>				<b>R\$ 328,69</b>		
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				<b>R\$ 328,69</b>		

\_\_\_\_\_  
Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0156 / 00000037929-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COMERCIAL ZARAGOZA IMP E EXP LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.868.574/0010-90
<b>Valor:</b>	R\$ 328,69
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230122.4005AS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	24/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	24/01/2023 15:27:39

<b>Código da operação:</b>	00139718
<b>Chave de segurança:</b>	KWEYQU02V8PHNZEJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

CNPJ  
**09.268.215/0001-62**

Razão Social  
**INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

Período de Apuração  
**31/12/2022**

Data de Vencimento  
**25/01/2023**

Número do Documento  
**07.01.22353.5954904-7**

Pagar este documento até

**25/01/2023**

Observações  
**DECIMO TERCEIRO**

**Sicalc Contribuinte - 7145 - SP**

Valor Total do Documento

**45,78**

### Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
8301	PIS - FOLHA PAGAMENTO	45,78			45,78
	02 PIS - FOLHA DE SALARIOS				
	PA 12/2022 Vencimento 25/01/2023				
	<b>Totais</b>	<b>45,78</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>45,78</b>

### Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000000 9 45780385230 3 25070122353 6 59549047954 3



CNPJ: 09.268.215/0001-62  
Número: 07.01.22353.5954904-7  
Pagar até: 25/01/2023  
Valor: 45,78

Pague com o PIX





## 2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo

Via Internet Banking CAIXA

**Nome:** INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE

**Conta de débito:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Representação numérica do código de barras:**

858300000009 457803852303 250701223536 595490479543

**Convênio:** DARF NUMERADO CB RFB

**Valor:** 45,78

**Identificação da operação:** 13 DARF PIS UBS TELESPAR

**Data de débito:** 25/01/2023

**Data/hora da operação:** 25/01/2023

**Código da operação:** 00216194

**Chave de segurança:** 887XVPGZHHTXVW2R

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 24/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 612</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
612	18,21	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	DEZOITO REAIS E VINTE E UM CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE TOTAL DE BENEFÍCIOS.....R\$ 1.071,20 TOTAL GERAL DA NOTA REFERENTE AO PEDIDO 8096.....R\$ 1.089,41	18,21	18,21

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b>	R\$	18,21	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>	
	<b>Alíquota Simples:</b>	%	2,00		
	<b>ISS Incluso</b>	R\$	----		R\$

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital					
05P5HDDO	URH38ZLS	AOQ96FZC	5S30RD37		
K2ADXNAH	C7RIMGJC	ZGKD6PZ1	WT6UMJ3H		
T4ASPDLK	6HI517MY	0SQGD96F	6QDWPK4R		
NVH8ATRP	S9E68D1H	PGHHLQ8Z	0LJZVL7N		

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 612 Santana de Parnaíba - CCM: 82837					
05P5HDDO	URH38ZLS	AOQ96FZC	5S30RD37		
K2ADXNAH	C7RIMGJC	ZGKD6PZ1	WT6UMJ3H		
T4ASPDLK	6HI517MY	0SQGD96F	6QDWPK4R		
NVH8ATRP	S9E68D1H	PGHHLQ8Z	0LJZVL7N		

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor



Período de 01/02/2023 até 28/02/2023

**Empresa: INCS - INSTITUTO NACIONAL MATRIZ**

CNPJ: 09.268.215/0001-62

**Pedido Nro.: 8096****Matrícula:**

CPF: 447.894.278-11

Escala: GERAL 8 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** Ana Clara Lopes dos Santos**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

16

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

83,20

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF: 213.881.428-99

Escala: GERAL 19 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** Joana Darc Santos Vieira**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

38

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

197,60

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF: 106.238.636-18

Escala: GERAL 19 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** Karine Fernanda Santos Lúcio**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

38

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

197,60

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF: 518.230.588-50

Escala: GERAL 19 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** LUCIVANIA DE AQUINO**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

38

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

197,60

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF: 162.426.427-19

Escala: GERAL 19 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** MATHEUS SANTIAGO DA SILVA SOUZA**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

38

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

197,60

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF: 314.181.428-75

Escala: GERAL 19 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** THELMA CARLA VIEIRA HONORATO**Local de Trabalho:** UBS TELESPARK**Departamento:** TELESPARK**QTD**

38

**Valor Unitário**

5,20

**Total**197,60  
791 de 957

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Total Benefícios:</b>	R\$ 1.071,20
<b>Taxa Administrativa:</b>	R\$ 18,21
<b>Taxa Adm. Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Emissão Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Outras Taxas:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa de Entrega:</b>	R\$ 0,00
<b>Repasse:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Desconto Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Total Geral:</b>	R\$ 1.089,41

**Emissão: 22/02/2023 16:35**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00020.397238 79958.030003 8 92470000108941

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>31/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 24/01/2023	Núm. do documento 612	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 24/01/2023	Nosso Número 157 / 00000203 - 9
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.089,41</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00020.397238 79958.030003 8 92470000108941

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>31/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 24/01/2023	Núm. do documento 612	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 24/01/2023	Nosso Número 157 / 00000203 - 9
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>1.089,41</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00020.397238 79958.030003 8 92470000108941
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	31/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	25/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	1.089,41
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	1.089,41
<b>Valor Pago (R\$):</b>	1.089,41

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** VT UBS TELESPARK 02.2023

**Data/hora da operação:** 25/01/2023 16:11:57

**Código da operação:** 025387660

**Chave de segurança:** WEGHJJ4N96S7G8M9

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 19/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 613,85 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51 PARQUE CAMPOLIM SOROCABA-SP

NF-e  
Nº. 004.721.756  
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SALES EQUIP. E PROD. HIG. PROF. LTDA.

R. PROF. HASEGAWA, 250 - GALPAO 699/697  
COLONIA - 08260-090  
SAO PAULO - SP Fone/Fax: 1127234000

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 004.721.756  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0110 2905 5700 0168 5500 1004 7217 5610 0734 2226

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

135230096668491 - 19/01/2023 10:37:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS NO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148264300110

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

10.290.557/0001-68

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

DATA DA EMISSÃO

19/01/2023

ENDEREÇO

AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 - A.5 S.51

BAIRRO / DISTRITO

PARQUE CAMPOLIM

CEP

18047-620

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

SOROCABA

UF

SP

FONE / FAX

0022365024

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

RUA ALZIRO LEBRAO, 1

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA ALZIRO LEBRAO, 1

BAIRRO / DISTRITO

ALTO DA PONTE

CEP

12212-500

MUNICÍPIO

SÃO JOSE DOS CAMPOS

UF

SP

FONE / FAX

000000000

ATURA / DUPLICATA

Num. 001

enc. 23/01/2023

Valor R\$ 613,85

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS

217,68

VALOR DO ICMS

39,17

BASE DE CÁLC. ICMS S.T.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

V. IMP. IMPORTAÇÃO

0,00

V. TOTAL PRODUTOS

613,85

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR TOTAL IPI

0,00

V. TOTAL DA NOTA

613,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

SALES EQUIP. E P. DE HIG. PROF LTDA

FRETE

0-Por conta do Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

R. PROF. HASEGAWA 699 - COLONIA (ZONA L

MUNICÍPIO

SÃO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148264300110

QUANTIDADE

38

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

00038

PESO BRUTO

37,930

PESO LÍQUIDO

37,530

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
050034	CABO ALUM UNIVERSAL 22MM 1,50CM RODO200	96039000	0/00	5102	UN	1,0000	20,0800	20,08	0,00	20,08	3,61		18,00	
015349	COPO 180ML ECONOPOT BR PS 25X100	39241000	0/60	5405	CX	3,0000	88,8500	266,55	0,00	0,00	0,00		0,00	
016648	DETERGENTE 5L NEUTRO TRIUM	34029090	0/60	5405	GL	2,0000	11,3300	22,66	0,00	0,00	0,00		0,00	
016320	ESCOVA SANITARIA C/ SUPORTE BRUBALAR	96039000	0/00	5102	UN	4,0000	4,8300	19,32	0,00	19,32	3,48		18,00	
015114	LUVA LATEX XG TOP SANRO VERDE	40151900	0/00	5102	PR	5,0000	8,0700	40,35	0,00	40,35	7,26		18,00	
010440	LUVA LATEX G SANRO PLUS LARANJA	40151900	0/00	5102	PR	5,0000	6,6300	33,15	0,00	33,15	5,97		18,00	
015115	LUVA LATEX XG TOP SANRO AMARELA	40151900	0/00	5102	PR	5,0000	8,0700	40,35	0,00	40,35	7,26		18,00	
014319	PANO BOBINA 28X25M LIFE CLEAN AZUL	56031290	0/00	5102	UN	1,0000	11,3300	11,33	0,00	11,33	2,04		18,00	
014916	PULVERIZADOR 500ML UNILUK	84248990	0/00	5102	UN	5,0000	4,9000	24,50	0,00	24,50	4,41		18,00	
017344	SACO P/LIXO INFEC 50L EMBALAC C/100	39232190	0/60	5405	PT	4,0000	26,7400	106,96	0,00	0,00	0,00		0,00	
010327	SAPONACEO PO 300G C/CLORO RADIUM	34054000	0/00	5102	UN	2,0000	7,1500	14,30	0,00	14,30	2,57		18,00	
059561	SUPORTE LT PRETO	96039000	0/00	5102	PC	1,0000	14,3000	14,30	0,00	14,30	2,57		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: CUBAGEM: 0,28223  
LOCAL DE ENTREGA: ENDERECO NOVO  
NOME FANTASIA: INCS - INSTITUTO NAC  
PORTADOR: DINHEIRO VENDEADOR: DAFINI OLIVEIRA  
ENT:RUA ALZIRO LEBRAO 1 ALTO DA PONTE SAO JOSE DOS CAMP/SP  
NUMERO PEDIDO: 734222  
ORC.020233  
ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. CFE ART. 313-E,313-G,313-K,313-W.RICMS  
Formec M limp jan/23 na UBS ALTO DA PONTE Ctr no559/2022.INCS e a PrefMun Sjc  
OC 20230122.3002UPA -Venc: AV.  
Trib aprox R\$: 103.78 Federal, 94.70 Estadual e 0.00 Municipal.  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO "SP" Xe67eQ  
Email do Destinatário: compras.itu2@integralgsaude.com.br

RESERVADO AO FISCO

796 de 957



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0287 / 00000053805-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SALES
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.602.007/0001-11
<b>Valor:</b>	R\$ 613,85
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 4721756 SALES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	25/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	25/01/2023 08:14:26

<b>Código da operação:</b>	00104096
<b>Chave de segurança:</b>	6EKM497PVNWAY54K

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A

RUA JOSE MARTINS FERNANDES, 601 - (CL IMIGRANTE) GALPAO 32  
BATISTINI - 09843-400  
SAO BERNARDO DO CAMPO - SP Fone/Fax:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 003.000.045  
Série 003  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0103 7469 3800 0143 5500 3003 0000 4513 5188 6392

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

135230137795128 - 27/01/2023 00:31:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

799061402111

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

03.746.938/0001-43

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0001-62

DATA DA EMISSÃO

27/01/2023

ENDEREÇO

AV ANTONIO C COMITRE, 1393 - AND 5 SL 51

BAIRRO / DISTRITO

PRQ CAMPOLIM

CEP

18047-620

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

SOROCABA

UF

SP

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num. 001  
Enc. 27/01/2023  
Valor R\$ 938,34

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. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
938,34	168,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,59	931,08
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	7,26	0,00	0,00	57,93	938,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ROTATIVA TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI

FRETE

0-Por conta do Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

17.848.035/0001-88

ENDEREÇO

ESTRADA MARCO POLO 290 SALA 01

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

635683128112

QUANTIDADE

6

ESPÉCIE

VOL

MARCA

BR

NUMERAÇÃO

6

PESO BRUTO

64,200

PESO LÍQUIDO

64,200

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
004849	Caneta Marca Texto BRW Fluorescente Amarela	96082000	200	5102	UN	4,0000	1,4800	5,92	0,00	5,92	1,07	0,00	18,00	0,00
022533	Saco Cristal Upbag 30x40cm 180UN	39232990	000	5102	UN	1,0000	27,8400	27,84	0,00	27,84	5,01	0,00	18,00	0,00
023058	Saco Cristal Upbag 40x60cm 90UN	39232990	000	5102	UN	1,0000	28,5100	28,51	0,00	28,51	5,13	0,00	18,00	0,00
023059	Saco Cristal Upbag 15x30cm 500UN	39232990	000	5102	UN	1,0000	25,9000	25,90	0,00	25,90	4,66	0,00	18,00	0,00
029618	Caneta Esferografica Compactor Economic 1,0mm Azul	96081000	000	5102	UN	50,0000	0,5400	27,00	0,00	27,00	4,86	0,00	18,00	0,00
030875	Fichario Universitario ACP 40mm 4 Argolas Preto	83040000	000	5102	UN	2,0000	16,9000	33,80	0,00	33,80	6,08	0,00	18,00	0,00
032082	Display Multiuso Dello 0534 A4 Cristal	39261000	000	5102	UN	10,0000	6,9800	69,80	0,00	69,80	12,56	0,00	18,00	0,00
036662	Fita Dupla Face 3M 19mmX2m Fixa Forte Transparente	59061000	000	5102	UN	2,0000	16,2300	32,46	0,00	32,46	5,84	0,00	18,00	0,00
036948	Marcador Permanente Bic Marking Recarregavel Azul	96082000	000	5102	UN	2,0000	2,6300	5,26	0,00	5,26	0,95	0,00	18,00	0,00
037554	Saco Plastico Go Office Office 4 Furos 0,12m PCT 100UN	39231090	000	5102	UN	2,0000	29,8500	59,70	0,00	59,70	10,75	0,00	18,00	0,00
039223	Bobina Termica Go Office BPA Free 76mmx365m 48g CX 4UN	48119010	000	5102	UN	1,0000	120,2900	120,29	0,00	124,20	22,36	3,91	18,00	3,25
043420	Grampeador Metalico Go Office Pequeno	84729040	100	5102	UN	3,0000	8,6000	25,80	0,00	29,15	5,25	3,35	18,00	13,00
046395	Pasta L Go Office A4 Cristal PCT 10UN	42021210	000	5102	PT	1,0000	8,8000	8,80	0,00	8,80	1,58	0,00	18,00	0,00
046608	Papel Report A4 75g PCT 500fls	48025610	000	5102	UN	20,0000	23,0000	460,00	0,00	460,00	82,80	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: [Numero do Pedido: P1-4728491-] 20230122.3001UAP - [2229408 - Rua Alzirio Lebrao] - ENTREGAR: Rua Alzirio Lebrao[S/N]|Alto da Ponte|Sao Jose dos Campos|SP|12212500|3549904| - De Seg a Sex das 08h as 16h Contato Jacilene 12 99642-3869 - [ em 19/01/2023] - - Fica atribuido a BRS SP a condicao de sujeito passivo por substituaçao tributaria, a que se refere o inciso VI do art. 264 do RICMS/2000. Regime Especial 485/2015. Pedido: 20230122.3001UAP Email do Destinatário: compras2@integralgsaude.com.br Filial: 2229408

RESERVADO AO FISCO

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

Ordem de Compra Número: 20230122.3001UAP

Fornecedor: BR SUPPLY

Contato: Julio Cezar

Data Emissão: 19/01/2023

Telefone: 11 3647-2404

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 2 a 3 DIAS

Valor Total: R\$ 938,35

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubsponte@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubsponte@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Alzíro Lebrão, Alto da Ponte, São José dos Campos, SP, 12212-500

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **Medicamento Escritório** no mês de **janeiro/2023** na **UBS ALTO DA PONTE** em conformidade com o contrato de Gestão nº**559/2022** firmado entre o **INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude** e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.3001UAP - Vencimento À VISTA**”

DATA: 09/01/2023			BR SUPPLY		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.3001UAP			CNPJ: 03746938000143		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
PAPEL SULFITE	CX	2	REPORT	R\$ 230,00	R\$ 460,00
MARCADOR PERMANENTE	UN	2	BIC	R\$ 2,63	R\$ 5,26
CANETA ESFEROGRÁFICA AZUL	CX	1	COMPACTOR	R\$ 27,00	R\$ 27,00
Sacos transparentes: Tamanhos	KG	1	UPBAG 500UNI	R\$ 25,90	R\$ 25,90
Sacos transparentes: Tamanhos	KG	1	UPBAG 90UNI	R\$ 28,51	R\$ 28,51
Sacos transparentes: Tamanhos	KG	1	UPBAG 180UNI	R\$ 27,84	R\$ 27,84
PASTA FICHÁRIO	UN	2	ACP	R\$ 16,90	R\$ 33,80
FITA 3M DUPLA FACE EXTRA FORTE	UN	2	3M	R\$ 16,23	R\$ 32,46
GRAMPEADOR 26/6	UN	3	GO OFFICE	R\$ 9,72	R\$ 29,16
MARCA TEXTO AMARELO	UN	4	BRW	R\$ 1,48	R\$ 5,92
SACO PLÁSTICO A4 4 FUROS	PCT	2	100UNI	R\$ 29,85	R\$ 59,70
PASTAL	UN	10	GO 10UNI	R\$ 0,88	R\$ 8,80
QUADRO DE AVISO PLÁSTICO A4	UN	10	DELLO	R\$ 6,98	R\$ 69,80
BOBINA TÉRMICA PARA TERMINAL	CX	4	GO OFFICE	R\$ 31,05	R\$ 124,20
<b>VALOR À COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>938,35</b>	

Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8839 / 00000001710-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRS SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.746.938/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 938,35
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230122.3001 BR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	25/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	25/01/2023 09:43:16

<b>Código da operação:</b>	00110115
<b>Chave de segurança:</b>	JWG7ULAXYFM661M6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da Nota

00000001426

Data e Hora de Emissão

10/01/2023 14:24

Número NFSe substituída:

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Competência: 01/2023	Número do RPS: 1454	Município de Prestação do Serviço: Ribeirão Preto/SP	Código de Verificação 5E CF 8F	Página 1 / 2
-------------------------	------------------------	---	-----------------------------------	-----------------

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: Correa Ribeiro & Braga Sociedade de Advogados  
CPF/CNPJ: 11.639.106/0001-56 Inscrição Municipal: 14117701  
Endereço: Rua Alice Alem Saadi, 855 - Nova Ribeirania - CEP: 14096-570  
Complemento: CONJ. 1901 Telefone: (16)9427-5372  
Município: 3543402 - Ribeirão Preto/SP UF: SP e-mail: contato@crbadv.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:  
Endereço: R ALZIRIO LEBRAO 76, 0 - ALTO DA PONTE - CEP: 12212-500  
Complemento: Telefone:  
Município: 3549904 - São José dos Campos/SP UF: SP  
e-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS ADVOCATICIOS

Advocacia consultiva e contenciosa, com atuação exclusiva nas áreas de direito civil, penal e administrativo, referente ao contrato de gestão n 559/2022, entre INCS e P. M. de São José dos Campos.

Forma de Pagamento: Depósito Bancário.

Banco do Brasil Ag: 4015-0 Conta Corrente: 17.301-0

Alíquota ISS 4,63 %

Competência: 12/2022.

Vencimento: 15/01/2023

Código do Serviço: 17.14 - Advocacia.

TRIBUTOS FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	IR (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços	5.000,00	Natureza da Operação		Valor dos Serviços	5.000,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1 - Tributação no município		(-) Deduções permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	0,00	3 - Sociedade de profissionais		(=) Base de Cálculo	5.000,00
(-) Outras Retenções	0,00			(x) Alíquota (%)	4,63
(-) ISS Retido	0,00			ISS a reter:	2 - Não
(=) Valor Líquido	5.000,00	Opção Simples Nacional	Sim	(=) Valor ISS	231,50
		Incentivador Cultural	Não		

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 5.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da Nota

00000001426

Data e Hora de Emissão

10/01/2023 14:24

Número NFSe substituída:

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Competência:

01/2023

Número do RPS:

1454

Município de Prestação do Serviço:

Ribeirão Preto/SP

Código de Verificação

5E CF 8F

Página

2 / 2

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Recebi(emos) de Correa Ribeiro & Braga Sociedade de Advogados  
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletronica de Serviço (NFSe) ao lado.  
Emissão:10/01/23-Tomador:INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE-Total:5.000,00

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Identificação e Assinatura do Recebedor \_\_\_\_\_

Número da Nota

00000001426

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4015 / 00000017301-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CORREA RIBEIRO E BRAGA SOCIEDADE DE ADVO
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.639.106/0001-56
<b>Valor:</b>	R\$ 5.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1426 CORREA RIBEI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	25/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	25/01/2023 11:18:25

<b>Código da operação:</b>	00119268
<b>Chave de segurança:</b>	78HRS31FFM3T54L6

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

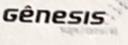
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>THOMAZ DE ARAUJO &amp; CIA LTDA (GENESIS)</b>  PRACA PRIMAVERA, 101 - JARDIM MOTORAMA - CEP:12224-280 - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP TEL: (12)3923-7140  		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA N° 000053877 fl. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 3523 0112 8340 8200 0159 5500 1000 0538 7710 4827 9016  Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230161682705 31/01/2023 18:12:44			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645305854111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 12.834.082/0001-59	

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b> NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE				CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62		DATA DA EMISSÃO 31/01/2023	
ENDEREÇO RUA AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393 ANDAR 5 SALA 51			BAIRRO / DISTRITO PARQUE CAMPOLIM		CEP 18047-620		DATA SAÍDA / ENTRADA 31/01/2023
MUNICÍPIO SOROCABA		FONE / FAX (41)2118-6949		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 18:12:02

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b> NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF 09.268.215/0001-62		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO RUA ALZIRIO LEBRAO			BAIRRO / DISTRITO ALTO DA PONTE		CEP 12212-500		
MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMPOS				UF SP	TELEFONE / FAX		

<b>FATURA</b>				
	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LIQUIDO
DADOS DA FATURA	NT:53877	202,93	0,00	202,93

<b>DUPLICATAS</b>											
N° DUPLICATA	VENC.	VALOR	N° DUPLICATA	VENC.	VALOR	N° DUPLICATA	VENC.	VALOR	N° DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	31/01/2023	202,93									

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	65,73	202,93
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	202,93

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
THOMAZ DE ARAUJO & CIA LTDA (GENESIS)		0 - REMETENTE				12.834.082/0001-59
ENDEREÇO			MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
PRACA PRIMAVERA 101 JARDIM MOTORAMA			SAO JOSE DOS CAMPOS	SP	645305854111	
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	
5				6,108	6,284	

<b>DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS</b>														
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
7898140096051	BOBINA PICOTADA 30X40 500UN. ROOLBAG CEST: 28.058.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 41,41 ( 32,25 % ) Fonte:IBPT	39201010	0102	5102	UN	4,00	32,10	128,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898563360838	ENVELOPE KRAFT KN34 240X340 50UN. CEST: 19.019.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 19,81 ( 32,61 % ) Fonte:IBPT	48171000	5500	5405	PCT	4,00	15,19	60,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9282833000278	CORRETIVO FITA 5MM 6MTS JOCAR CEST: 28.043.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 4,51 ( 32,72 % ) Fonte:IBPT	38249929	0102	5102	UN	3,00	4,59	13,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES <b>DEPOSITO OK - Fornecimento de MATERIAL DE ESCRITORIO no mes de JANEIRO. na UBS ALTOS DE SANTANA em conformidade com o contrato de Gestao n 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos OC 0230122.3003AS Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI. Nota Fiscal referente ao(s) Pedido(s) 0230122.3003AS</b>	RESERVADO AO FISCO

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.3001UAP**

Fornecedor: GENESIS

Contato: Ellen

Data Emissão: 19/01/2023

Telefone: 12 99717-9075

Condições Pcto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 24h

Valor Total: 202,93

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubsponte@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubsponte@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Altos de Santana se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Alzíro Lebrão, Alto da Ponte, São José dos Campos, SP, 12212-500

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **Medicamento Escritório** no mês de **janeiro/2023** na **UBS ALTO DA PONTE** em conformidade com o contrato de Gestão nº**559/2022** firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.3001UAP** Vencimento **À VISTA**"

DATA: 09/01/2023			GENESIS		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.3001UAP			CNPJ: 12.834,082/0001-59		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
BOBINA SACO PICOTADO 30X40	UN	4	<b>500 UNI</b>	R\$ 32,10	R\$ 128,40
ENVELOPE PARDO 240X340MM	CX	4	<b>SCRITY 50UNI</b>	R\$ 15,19	R\$ 60,76
CORRETIVO EM FITA	UN	3	<b>JOCAR</b>	R\$ 4,59	R\$ 13,77
<b>VALOR À COMPRAR</b>			<b>R\$</b>	<b>202,93</b>	

Comprador



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0351 / 003 / 00001317-3

**Nome destinatário:** THOMAZ DE ARAUJO E CIA LTDA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 202,93

**Data de débito:** 25/01/2023

**Data/hora da operação:** 25/01/2023 09:45:30

**Código da operação:** 250945

**Chave de segurança:** WSU9QPR865P3RYZ9

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

RECEBEMOS DE IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000432432 SÉRIE 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>Identificação do emitente</b> <b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b> AVENIDA ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS, 150 Complemento: BLOCO A DISTRITO INDUSTRIAL Cep:13213-009 JUNDIAI/SP Fone: 551121368534	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAÍDA  N. 000432432 SÉRIE 0 FOLHA 01/01	
		<b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b> 3522 1267 4231 5200 0178 5500 0000 4324 3218 2659 3953
		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 Autorizada

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA A ORDEM	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135221819248454 27/12/2022 09:29:36
---------------------------------------	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 407160902118	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ/CPF 67.423.152/0001-78
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

DESTINATARIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE		CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	DATA DE EMISSÃO 27/12/2022
ENDEREÇO RUA EMYGDIA CAMPOLIN, 131		BAIRRO/DISTRITO PARQUE CAMPOLIN	CEP 18047-626
MUNICÍPIO SOROCABA	FONE/FAX 1533576906	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA		HORA ENTRADA/SAÍDA 09:21:00	

001									
25/01/2023									
7.402,19									

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 7.402,19	VALOR DO ICMS 1.332,39	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 7.402,19	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 7.402,19

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL IBG - IND. BRASILEIRA DE GASES LTDA.		FRETE POR CONTA 0-REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 67.423.152/0001-78
ENDEREÇO AV. ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS, 150		MUNICÍPIO JUNDIAI	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 407160902118		
QUANTIDADE 944	ESPECIE LOX	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 944,000	PESO LIQUIDO 944,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SER.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
OXILIQ	ONU 1073-OXIGENIO, LIQUIDO REFRIGERADO- CL2.2 Lote(s) : 20221222OL01005	28044000	000	5118	M3	944,0000	7,8413	7.402,19	7.402,19	1.332,39	0,00	18,00%	0,00%
-----													

CALCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 62699	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135221819248454 Nr. Pedido: 632307Romaneio Nr.: 181289 REMESSA A ORDEM INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SAUDE - CNPJ:09.268.215/0005-96 LOTE: 20221222OL01005 Declaro que os produtos perigosos estão adequadamente classificados, embalados, identificados, e estivados para suportar os riscos das operações de transporte e que atendem as exigências da regulamentação.; PONTO DE ENTREGA : UPA ALTO DA PONTE Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1893.84 (25.58%).	

## Nas Agências Bancárias:

- Imprimir utilizando uma impressora tipo jato de tinta (link jet) ou laser no modo normal da impressão (não usar a opção rascunho).
- Para imprimir o boleto pressione simultaneamente CTRL e P.
- Se você utiliza o Microsoft Internet Explorer, configure-o para usar fontes tamanho médio, caso você use o Netscape Navigator, configure-o para utilizar as fontes definidas no documento, em tamanho 12.

**Boleto atualizado para pagamento apenas nesta data.**

**bradesco** | **237-2** | **23793.36700 92361.000000 24007.070006 7 92420000742686**

Local de Pagamento <b>Banco Bradesco</b> <i>Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.</i>					Vencimento 26/01/2023
Beneficiário: IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA - CNPJ: 067.423.152/0001-78 AV ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS 150 BL A - DISTRITO INDUSTRIAL 13213- 009 JUNDIAI - SP					Agência/Código Beneficiário 3367-7/ 0070700- 7
Data do Doc. 27/12/2022	Nº do documento 0000432432	Espécie Doc. DM	Acóste 0	Data Proces. 27/12/2022	Nosso Número 009 / 23610000024- 1
Uso do Banco	Carteira 009	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0	Valor	(-) Valor do Documento 7.426,86
Pagador: INGS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SA - CNPJ: 009.268.215/0001-62 RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 - PARQUE CAMPOLIM 18047- 626 SOROCABA - SP					
Beneficiário Final:					

Recebimento através do cheque nº. do Banco  
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco pagador.

*Recibo do Pagador*  
Autenticação Mecânica

Corte aqui

**bradesco** | **237-2** | **23793.36700 92361.000000 24007.070006 7 92420000742686**

Local de Pagamento <b>Banco Bradesco</b> <i>Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.</i>					Vencimento 26/01/2023
Beneficiário: IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA - CNPJ: 067.423.152/0001-78 AV ANTONIETA PIVA BARRANQUEIROS 150 BL A - DISTRITO INDUSTRIAL 13213- 009 JUNDIAI - SP					Agência/Código Beneficiário 3367-7/ 0070700- 7
Data do Doc. 27/12/2022	Nº do documento 0000432432	Espécie Doc. DM	Acóste 0	Data Proces. 27/12/2022	Nosso Número 009 / 23610000024- 1
Uso do Banco	Carteira 009	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0	Valor	(-) Valor do Documento 7.426,86
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) ** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(-) Valor Cobrado
Pagador: INGS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SA - CNPJ: 009.268.215/0001-62 RUA EMYGDIA CAMPOLIM 131 - PARQUE CAMPOLIM 18047- 626 SOROCABA - SP					
Beneficiário Final:					

*Ficha de Compensação*  
Autenticação Mecânica





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	23793.36700 92361.000000 24007.070006 7 92420000742686
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	BANCO BRADESCO S/A
<b>Código do Banco:</b>	237
<b>Código do ISPB:</b>	60746948
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>IBG INDUSTRIA BRASILEIRA DE GASES LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>67.423.152/0001-78</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS E SA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	25/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	26/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	7.402,19
<b>Juros (R\$):</b>	24,67
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	7.426,86
<b>Valor Pago (R\$):</b>	7.426,86

**Identificação do Pagamento:** NF 432432 IBG

**Data/hora da operação:** 26/01/2023 15:53:08

**Código da operação:** 026304476

**Chave de segurança:** KKXRVH2L6V7AH71K

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MIRACATU**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFe**

Número da Nota <b>00001264</b>
Data e Hora de Emissão <b>24/01/2023 13:16:18</b>
Código de Verificação <b>TGCJUQ-001264/2023</b>

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/CPF: **03.626.100/0001-16** Inscrição Municipal: **30365** Inscrição Estadual:  
Nome/Razão Social: **ANALISES LABORATORIO LTDA EPP**  
Endereço: **AVENIDA DONA EVARISTA DE CASTRO FERREIRA 310, - CENTRO - CEP: 11850000**  
E-mail: **FISCAL@COPPICON.COM.BR**  
Telefone: **(13) 3847-1358** Celular: **(13) 99186-5593**  
Município: **MIRACATU** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CNPJ/CPF: **09.268.215/0010-53** Inscrição Municipal: Insc.Estadual:  
Nome/Razão Social: **INCS - INST NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
Endereço: **R ALZIRO LEBRAO 76, - ALTO DA PONTE - CEP: 12212500**  
Email: **FATURAMENTO.ANALISIS@GMAIL.COM** Telefone:  
Município: **SAO JOSE DOS CAMPOS** UF: **SP**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

EXAMES LABORATORIAIS EM ATENDIMENTO A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO ALTO DA PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS. VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 4690,00,00 (16,75%). FONTE IBPT.

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 28.000,00 | VALOR LIQUIDO = R\$ 26.278,00**

Código do Serviço: 04.02

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

Base de Cálculo (R\$):	<b>28.000,00</b>	Alíquota (%):	<b>3,00</b>	ISS tributado ao Prestador (R\$):	<b>840,00</b>
I.R. (R\$):	<b>420,00</b>	I.N.S.S. (R\$):	<b>0,00</b>	COFINS (R\$):	<b>840,00</b>
				C.S.L.L. (R\$):	<b>280,00</b>
				P.I.S. (R\$):	<b>182,00</b>

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

A autenticidade desta NF-e deve ser confirmada no site <https://miracatu.cidadeonline.inf.br/autenticidade.aspx>

Contribuinte enquadrado sob o regime de tributação " **VARIÁVEL** "

Local da Prestação = **MIRACATU / SP - ISS Devido ao prestador**



Autenticidade

Recebi (emos) de: **ANALISES LABORATORIO LTDA EPP**

Os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Nº **00001264** - Série **ELETRONICA**

Condições de Pagamento:

Data de Recebimento: / / Assinatura:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2302 / 00000020549-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ANALISES LABORATORIO LTDA EPP
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.626.100/0001-16
<b>Valor:</b>	R\$ 26.278,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 1264 ANALISES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/01/2023 15:49:54

<b>Código da operação:</b>	00148120
<b>Chave de segurança:</b>	M8M7759G30ZRLH0V

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000001912 SÉRIE 000
EMISSÃO: 31/01/2023 - DEST. / REM.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - VALOR TOTAL: R\$ 3.789,90		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE <b>ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO</b> ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:	<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000001912 fl. 1 / 2 SÉRIE 000	
		CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0019 1210 2955 3390 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO <b>VENDA</b>	PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230159006945 31/01/2023 12:40:08	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CNPJ / CPF 09.268.215/0010-53	DATA DA EMISSÃO 31/01/2023	
ENDEREÇO <b>RALZIRIO LEBRAO, 76</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>ALTO DA PONTE</b>	CEP 12212-500	DATA SAÍDA / ENTRADA 31/01/2023	
MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	FONE / FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 12:34:00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 902,22	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.789,90
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 3.789,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAZÃO SOCIAL		ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 4	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IP
07894798	CADARCO SARJADO 10M X 10M	90189099	041	5102	UN	30,0000	16,69000	0,00	500,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
390	FIO NYLON PRETO 2-0 C/AG. 20MM C/24	30061020	041	5102	UN	5,0000	54,40000	0,00	272,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
375	FIO NYLON 3-0 C/AG 2CM C/24	30061020	041	5102	UN	5,0000	54,40000	0,00	272,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
376	FIO NYLON 4-0 45 C/24 SHALON	30061020	041	5102	UN	5,0000	54,40000	0,00	272,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30002081	FIO NYLON 5-0 C/AGULHA 20MM	30061090	041	5102	CX	5,0000	54,40000	0,00	272,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
912	SERINGA DESC. 60 ML S/AG. LUER SLIP	90183119	041	5102	UN	60,0000	2,02000	0,00	121,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
011648	LANCETA 28G	90183999	041	5102	CX	8,000,0000	0,26000	0,00	2.080,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL" E II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E ISS."  DADOS BANCARIOS: BANCO BRADESCO (237) AGENCIA 1416-8 C/C 577732-1	813 de 957

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246 - GRANJA VIANA - CEP:06709-320 - COTIA - SP TEL:		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 1 - SAÍDA Nº 000001912 fl. 2 /2 SÉRIE 000		 CHAVE DE ACESSO 3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0019 1210 2955 3390 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135230159006945 31/01/2023 12:40:08		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 278354753114		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 10.562.914/0001-08	

## CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS   IP	
-------------------------	--------------------------------	----------	-----	------	-------	--------	----------------	----------------	---------------	-----------------	----------------	--------------	---------------------	--

## CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NOTA FISCAL EMITIDA EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, PACTUADO ENTRE O INCS-INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E P. M. DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - OC 20230103039 AP

MATERIAL ENTREGUESA UPA ALTO DA PONTE

ENDEREÇO: Rua Alziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos SP  
Trib. Aprox. R\$: 902,22 Federal e 0,00 Estadual  
Fonte IBPT

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

## Ordem de Compra Número: 20230103039.AP

Fornecedor: ÉTICOFARMA

Contato: NATHALIA

Data Emissão: 24/01/2023

Telefone: (11)4702-0608

Condições Pgto: DEPOSITO / A VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 5 DIAS

Valor Total: R\$ 3.739,90

### Instruções

Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [fiscal.ponte@incs.org.br](mailto:fiscal.ponte@incs.org.br) e [compras@integralogsaude.com.br](mailto:compras@integralogsaude.com.br) ; [compras1@integralogsaude.com.br](mailto:compras1@integralogsaude.com.br)

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzíro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12212-531.

Inscrição Estadual: ISENTA

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de material hospitalar no mês de **01/2023** na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a P.M. de São José dos Campos. – OC **20230103039.AP**”

PAG. A VISTA.

DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
CADARÇO SARJADO BRANCO 10MM	RL	30		R\$ 16,69	R\$ 500,70
FIO NYLON PTO 2.0 C/AG 2CM	CX	5		R\$ 54,40	R\$ 272,00
FIO NYLON PTO 3.0 C/AG 2CM	CX	5		R\$ 54,40	R\$ 272,00
FIO NYLON PTO 4.0 C/AG 45CM	CX	5		R\$ 54,40	R\$ 272,00
FIO NYLON PTO 5.0 C/AG 2CM	CX	5		R\$ 54,40	R\$ 272,00
SERINGA 60ML LUER SLIP	UNI	60		R\$ 2,02	R\$ 121,20
LANCETA	UNI	7000		R\$ 0,29	R\$ 2.030,00
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				<b>R\$ 3.739,90</b>	

**Marcos Vinicius da Silva Sousa**

Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3955 / 00000007732-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTIC
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.562.914/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 3.739,90
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 250123 ETICO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	26/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	26/01/2023 15:55:31

<b>Código da operação:</b>	00148788
<b>Chave de segurança:</b>	S1U1W7CWW0X9KJ5G

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 26/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 618</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
618	68,95	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	SESSENTA E OITO REAIS E NOVENTA E CINCO CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE TOTAL DE BENEFÍCIOS.....R\$ 4.055,70 Repasse.....R\$ 56,43 TOTAL GERAL DA NOTA REFERENTE AO PEDIDO 2142.....R\$ 4.181,08	68,95	68,95

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	<b>Base ISS</b> R\$ 68,95 <b>Alíquota Simples:</b> % 2,00 <b>ISS Incluso</b> R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 68,95
-----------------------------	---	---

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
 - NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
4HNIT709	BF0KYD3J	VXS3G602	3FQOMOYU
IKR8EHJR	3MP6LNPP	3UZGP8NZ	27ML1BKW
MUUGJH1N	7JJ24DYG	SE03WN1N	8B1NT86A
NFTSK67I	ARGAY65D	SG4XQJV1	N46YNPGZ

Corte na Linha Pontilhada

Assinatura Digital NFE No 618 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
4HNIT709	BF0KYD3J	VXS3G602	3FQOMOYU
IKR8EHJR	3MP6LNPP	3UZGP8NZ	27ML1BKW
MUUGJH1N	7JJ24DYG	SE03WN1N	8B1NT86A
NFTSK67I	ARGAY65D	SG4XQJV1	N46YNPGZ

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
 OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



# RELATÓRIO DE COMPRA

Pedido Nro.: 2142  
 Período: 31/01/2023 até 28/02/2023

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022

Funcionário	Benefício	Qtde	Vi. Unit	Vi. Total
Aline de Oliveira Abdon Quirino	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Gabriele Fernanda Pires Galvão	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Jacqueline Santini do Nascimento	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	16	R\$5,20	R\$83,20
Jaiane de Almeida Silva	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Julio Antonio Setani	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Lucas Fernando Gonçalves Cabral	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	16	R\$5,20	R\$83,20
Luiz Fernando Gramacho do Espirito Santo	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Maria Eduarda Basso Monteiro	PASSARO MARRON - TAUBATE X SAO JOSE DOS CAMPOS (linha 5207)	38	R\$12,70	R\$482,60
Maria Eduarda Basso Monteiro	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Maria Madalena da Silva Alves	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Nivia Maria Nunes Rachid	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Patricia de Lima Alves	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Ruana Lucia Valerio de Souza	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Ruana Lucia Valerio de Souza	PASSARO MARROM - SAO JOSE DOS CAMPOS X PINDA	38	R\$17,00	R\$646,00
Samanta Helena Reis de Carvalho	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60
Thais Feliciano Eufrazio	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60



# RELATÓRIO DE COMPRA

Pedido Nro.: 2142  
Período: 31/01/2023 até 28/02/2023

Thais Feliciano Eufrazio	VIACAO JACAREI - JACAREI X SAO JOSE DOS CAMPOS ( VIA DUTRA) - VTE	38	R\$5,05	R\$191,90
Viviane Aparecida de Sousa Feitosa	CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	38	R\$5,20	R\$197,60

**Total de Benefícios:** R\$ 4.055,70

**Taxa Administrativa:** R\$ 68,95

**Taxa Adm. Cartão:** R\$ 0,00

**Taxa Emissão do Cartão:** R\$ 0,00

**Outras Taxas:** R\$ 0,00

**Taxa de Entrega:** R\$ 0,00

**Repassé:** R\$ 56,43

**Acerto(s):** R\$ 0,00

**Total Benefícios:** R\$ 4.181,08

**Total de Funcionários:** 15

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00020.967238 79958.030003 7 92470000418108

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>31/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 26/01/2023	Núm. do documento 618	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 26/01/2023	Nosso Número 157 / 00000209 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>4.181,08</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00020.967238 79958.030003 7 92470000418108

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>31/01/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 26/01/2023	Núm. do documento 618	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 26/01/2023	Nosso Número 157 / 00000209 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>4.181,08</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00020.967238 79958.030003 7 92470000418108
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	31/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	27/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	4.181,08
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	4.181,08
<b>Valor Pago (R\$):</b>	4.181,08

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** VT ALTOS DE SANTANA 02.23

**Data/hora da operação:** 27/01/2023 12:14:51

**Código da operação:** 027181237

**Chave de segurança:** PMEQ4084YJJA4U01

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CABREUVA**

Secretaria de Finanças.

**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e**Número da Nota/Série  
238/NFEData e Hora de Emissão  
26/01/2023 16:50:58Código de Verificação  
177FB7274F0AB1E8306C

Página 1 / 1

**PRESTADOR**

CNPJ : 17.031.112/0001-02 IE: IM: 70647  
Razão Social: CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP Telefone: (11) 2236-5024  
E-mail : nfesuporte@generativa.com.br

## Dados da Nota

**TOMADOR**

CNPJ : 09.268.215/0001-62 IE: IM:  
Razão Social: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : Avenida Antônio Carlos Comitre - Num: 1393 - Andar 5 sala 51  
Bairro : Parque Campolim - CEP: 18.047-620  
Município : SOROCABA - SP  
E-mail : verificaremail@pendenteverif.com.br

**Local de Prestação de Serviço**

Endereço : RUA FRANCISCO NUNES - Num: 448. Bairro: DO JACARE - CEP: 13.315-000  
Município : CABREUVA - SP

**Discriminação do Serviço**

Serviços Médicos prestados em dezembro de 2022, ao INCS, a Unidade Básica de Saúde UBS - Alto da Ponte, referente ao contrato de gestão nº 559/2022, firmado entre o INCS e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

**Dedução / Outras Informações****VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 170.087,44**

Código do Serviço: 04.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA

CNAE: 8630-5/02

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	170.087,44	2,00	3.401,75	0,00

Total Tributos: 3.401,75. Percentual: 2,00%

**Dados do Vencimento**

Valor Documento R\$: 170.087,44 Forma Pcto: A VISTA  
Valor por extenso: Cento e Setenta Mil e Oitenta e Sete Reais e Quarenta e Quatro Centavos

**Outras Informações**

- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 20/02/2023.
- Valor aproximado de Tributos: Municipal:3.401,75 (2,00%)

Recebi(emos) de CDC - CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

## Dados que identificam a nota

Número da Nota  
238/NFEEmissão  
26/01/2023 16:50:58Código de verificação  
177FB7274F0AB1E8306C/ /  
Data

Identificação do Recebedor



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4522 / 00000099368-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CDC CENTRO DIAGNOSTICO DE CABREUVA LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.031.112/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 170.087,44
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 238 CDC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	27/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	27/01/2023 10:17:36

<b>Código da operação:</b>	00115132
<b>Chave de segurança:</b>	MLZ3FHSLYVHHEW3L

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20230125u19841610000146

Número da Nota

**0000325**

Data e Hora de Emissão

**25/01/2023 07:07:48**

Código de Verificação

**6ZIL-9YU7****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **19.841.610/0001-46**Inscrição Municipal: **4.940.469-5**Nome/Razão Social: **CLINICA PROVIDA SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **R INACIO MAMMANA 00727, SALA 04 - VILA VITORIO MAZZEI - CEP: 02409-060**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R Alzirio Lebrão 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500**Município: **São José dos Campos**UF: **SP**E-mail: **----****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços Prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura de São Jose dos Campos

BANCO INTER S/A

AG: 0001

CC: 212928830

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 82.600,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	1.239,00	826,00	2.478,00	536,90
Código do Serviço				
<b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	82.600,00	2,00%	1.652,00	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	<b>R\$ 11.010,58 (13,33%)</b>	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2023;



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00021292883-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLINICA PROVIDA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.841.610/0001-46
<b>Valor:</b>	R\$ 77.520,10
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 325 PROVIDA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	27/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	27/01/2023 10:19:08

<b>Código da operação:</b>	00115426
<b>Chave de segurança:</b>	7T96HTT8HZ4LYXXH

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**DATASUPRI****BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS S/A**Rua JosØ Martins Fernandes 601 (CL Imigrante) Galpao 32  
Batistini  
S'º Bernardo do Campo-SP  
CEP.09843-400 -DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**  
Nº. **3002661** FL **1 / 1**  
SÉRIE **3**

CHAVE DE ACESSO <b>3523 0103 7469 3800 0143 5500 3003 0026 6113 9614 9830</b>
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 <b>135230155528089 30/01/2023 23:03:00</b>

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>799061402111</b>	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO <b>03.746.938/0001-43</b>

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		CNPJ / CPF <b>09.268.215/0001-62</b>	DATA DA EMISSÃO <b>30/01/2023</b>
ENDEREÇO <b>AV ANTONIO C COMITRE 1393 AND 5 SL 51</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>PRQ CAMPOLIM</b>	CEP <b>18047-620</b>
MUNICÍPIO <b>SOROCABA</b>	FONE / FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
3002661/01	30/01/2023	359,08						

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>359,08</b>		VALOR DO ICMS <b>64,64</b>		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST <b>0,00</b>		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO <b>0,00</b>		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>357,47</b>	
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>		VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>		VALOR DO DESCONTO <b>0,00</b>		OUTRAS DESPESAS <b>0,00</b>		VALOR DO IPI <b>1,61</b>		VALOR TOTAL DA NOTA <b>359,08</b>	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL <b>TRANSPORTADORA RISSO LTDA</b>		FRETE POR CONTA <b>0 - Por conta do emitente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ <b>52.661.634/0002-70</b>
ENDEREÇO <b>DOUTOR FREIRE CISNEIRO 97</b>		MUNICÍPIO <b>SAO PAULO</b>		UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>111091280118</b>	
QUANTIDADE <b>1,00</b>	ESPÉCIE <b>VOL</b>	MARCA <b>BRS</b>	NUMERO <b>1</b>	PESO BRUTO <b>1,140</b>		PESO LIQUIDO <b>1,140</b>

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
012962	Extrator de Grampo Carbrink Esp. Etula Zincado	83059000	000	5102	UN	4,00	1,68	6,72	6,72	1,21	0,00	18,00	0,00
043216	Telefone sem Fio Intelbras TS 2510 Preto	85171100	000	5102	UN	2,00	167,13	334,26	334,26	60,17	0,00	18,00	0,00
044600	Fita Adesiva Sooper 48mmx50m Transparente 4UN	39191010	000	5102	PT	1,00	16,49	16,49	18,10	3,26	1,61	18,00	9,75

CÁLCULO DO ISSQN		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS <b>0,00</b>		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN <b>0,00</b>		VALOR DO ISSQN <b>0,00</b>	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL <b>263512</b>							

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES [NUMERO DO PEDIDO: P1-4749975-  20230122.5006TP -  2229408 - RUA BENEDITO PEREIRA LIMA] - ENTREGAR: RUA BENEDITO PEREIRA LIMA 210 JARDIM TELESPARK SAO JOSE DOS CAMPOS SP 12212700 3649904] - DE SEG A SEX DAS 08H AS 16H CONTATO JACILENE 12 99642-3869 -   EM 26/01/2023] - - FICA ATRIBUÍDO A BRS SP A CONDIÇÃO DE SUJEITO PASSIVO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA, A QUE SE REFERE O INCISO VI DO ART. 264 DO RICMS/2000, REGIME ESPECIAL 485/2015.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**Bradesco**

23793.50701 20001.495769 11003.680003 3 9246000000000

Vencimento				30/01/2023		Autenticação Mecânica - RECIBO DO SACADO	
Pagador		BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA					
INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
Agência / Cód. Ced.	Nosso Número	Número do Documento	Valor do Documento				
3507-0/0036800-8	2/00/00014957611-5	3002661/01	0,00				
Este recibo somente terá validade com autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco. Recebimento através do cheque nº do Banco. Esta quitação terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.							
Sacador/Avalista		BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA CNPJ: 03.746.938/0001-43					



**Bradesco**

237 - 2

23793.50701 20001.495769 11003.680003 3 9246000000000

Local de Pagamento					Vencimento		
Pagável preferencialmente nas agências Bradesco					30/01/2023		
Beneficiário: BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA CNPJ: 03.746.938/0001-43					Agência/Cod. Beneficiário		
Rua José Martins Fernandes (PO Imigrantes), 603843-90 São Bernardo do Campo - SP					3507-0/0036800-8		
Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
30/01/2023	3002661/01	DM	N	30/01/2023	2/00/00014957611-5		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(-) Valor Documento		
	2	R\$			0,00		
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(+)		
					Outros Acréscimos		
					(-)		
					Desconto/Abatimento		
					(-)		
Outras Deduções							
APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 2% AO MÊS APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%					(+)		
					Mora/Multa		
Pagador: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE CNPJ: 09.268.215/0001-62 Cód.: 2229408 AV ANTONIO C COMITRE, 1393, AND 5 SL 51 Bairro: PRQ CAMPOLIM SOROCABA/SP CEP: 18047620					(+)		
					Valor Cobrado		
Sacador/Avalista:					Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação		
BRS SP SUPRIMENTOS CORPORATIVOS LTDA CNPJ: 03.746.938/0001-43							



Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



TRANSPORTADORA RISSO LTDA - 139  
 RUA DOUTOR FREIRE CISNEIRO, 97  
 FREGUESIA DO O  
 SAO PAULO - SP  
 CEP - 02714-020

(11) 3933-7570

CNPJ 52661634000270

E 111091280118

RNTRC 00064986

TIPO DO CTE	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO	VEICULO COLETA
Normal	5353 Prest Serv Transp Com	Normal
ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
BERNARDO DO CAMPEO JOSE DOS CAMPOS S		LFSOUZA

EMPONENTE	BRS SP SUP. CORPORATIVOS S/A	
EMPONENTE	R JOSE MARTINS FERNANDES (PQ MIGRANTES), 601, GALPAO32, BATISTINI	
MUNICIPIO	SAO BERNARDO DO CAMPO	UF SP
CNPJ/CPF	03.746.938/0001-43	IE 799061402111
		CEP 1138247400

DESTINATARIO	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIEN E SAUDE	
EMPONENTE	RUA CELESTINO LOPES BAHIA, 545, VILA SAO LUIZ	
MUNICIPIO	JURINHOS	UF SP
CNPJ/CPF	09.268.215/0001-62	IE
		CEP 19910-725
		PHONE 0000000000

EMPONENTE	BRS SP SUP. CORPORATIVOS S/A	
EMPONENTE	R JOSE MARTINS FERNANDES (PQ MIGRANTES), 601, GALPAO32, BATISTINI	
MUNICIPIO	SAO BERNARDO DO CAMPO	UF SP
CNPJ/CPF	03.746.938/0001-43	IE 799061402111
		CEP 1138247400

RECEBERDO		
EMPONENTE		
MUNICIPIO		UF
CNPJ/CPF		IE
		CEP
		PHONE

EMPONENTE	BRS SP SUP. CORPORATIVOS S/A	
EMPONENTE	R JOSE MARTINS FERNANDES (PQ MIGRANTES) 601 GALPAO32 BATISTINI	
MUNICIPIO	SAO BERNARDO DO CAMPO	UF SP
CNPJ/CPF	03.746.938/0001-43	IE 799061402111
		CEP 1138247400

ORDEM DE COLETA: 330-192112	OBSERVAÇÕES

LOCAL DE ENTREGA	BENEDITO PEREIRA LIMA 210	
TOMADOR SERVIÇO	BRS SP SUP. CORPO	FORMA DE PGTO
		PREV ENTREGA

DACTE  
 Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico



DATA/HORA DE EMISSÃO	FL
01/02/2023 00:47:34	1 / 1

SERIE	NUMERO	MODAL	MODELO
0	794382	Rodoviário	57

Nº DO PROTOCOLO	INSC SUFRAMA DEST
237066309419 01/02/2023 00:46:11-0	

CONTROLE DO FISCO	
3523 0252 6616 3400 0270 5700 0000 7943 8219 1606 4452	
Chave de acesso para consulta de autenticidade no site: <a href="http://www.cta.fazenda.gov.br">www.cta.fazenda.gov.br</a>	

COMPONENTES DO FRETE (R\$)		MERCADORIA	
FRETE PISO	0,52	PROD PREDOMINANTE	Material(is) de Escritorio
DESPACHO	22,85	VALOR TOTAL MERC (R\$)	359,08
OUTROS	3,19	PESO DECLARADO	1,14 KG
		PESO BASE DE CALCULO	1,14 KG
		CAIXA	1,00 UN
		ICMS	
		SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	
		Tributação normal ICMS	
		BASE DE CALCULO (R\$)	
		26,56	
		ALIQ ICMS (%)	
		12,00	
		VALOR ICMS (R\$)	
		3,19	
		ICMS ST (R\$)	
FRETE TOTAL (R\$)	26,56	VALOR A RECEBER (R\$)	26,56

DOCUMENTOS ORIGINALS	
TP DOC: CNPJ / CPF EMITENTE	SERIE/Nº DOCUMENTO
NFe 3523010374693800014355003003002661	396149830

DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTE CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE

Nome / RG	ASSINATURA / CARIMBO	CHEGADA DATA/HORA	SAIDA DATA/HORA	CT-e 794382
				829 de 957
				FLIAL DE ENTREGA SJC

essas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato

# AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO

**Ordem de Compra Número: 20230122.5006TP**

Fornecedor: BR SUPPLY

Contato: Julio Cezar

Data Emissão: 26/01,/2023

Telefone: 11 3647-2404

Condições Pgto: À VISTA

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega: 4 A 6 DIAS

Valor Total: R\$ 359,08

## Instruções

**Enviar nota fiscal ou espelho de nota fiscal em até 48h após o recebimento desta OC para os e-mails a seguir: [compras@servpharma.com.br](mailto:compras@servpharma.com.br); [ger.adm.ubstelespark@incs.org.br](mailto:ger.adm.ubstelespark@incs.org.br); [administracao.ubstelespark@incs.org.br](mailto:administracao.ubstelespark@incs.org.br)**

**O descumprimento do prazo ocorrerá o cancelamento da mesma.**

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade Básica de Saúde – Jardim Telespark se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado: Rua Benedito Pereira Lima, 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

"Fornecimento de **Material de Escritório** no mês de janeiro/2023 na UBS Telespark em conformidade com o contrato de Gestão nº559/2022. firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – **OC 20230122.5006TP** - Vencimento para **À VISTA**."

DATA: 24/01/2023			BR SUPPLY		
NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.5006TP			CNPJ: 03746938000143		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
APARELHO TELEFONE SEM FIO TS 2510 PRETO	UN	2	INTELBRAS	R\$ 167,13	R\$ 334,26
DUREX TRANSPARENTE48MMX45MM/BEM	UN	4	SOOPER	R\$ 4,524	R\$ 18,10
EXTRATOR DE GRAMPOS	UN	4	CARBRINK	R\$ 1,68	R\$ 6,72
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>			<b>R\$ 359,08</b>		
<b>VALOR Á COMPRAR</b>			<b>R\$ 359,08</b>		

\_\_\_\_\_  
Comprador



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	8839 / 00000001710-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRS SUPRIMENTOS CORPORATIVOS SA
<b>CPF/CNPJ:</b>	03.746.938/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 359,08
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 20230122.5006 BR
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	27/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	27/01/2023 16:45:12

<b>Código da operação:</b>	00150854
<b>Chave de segurança:</b>	3KEX6S4N9CCCCFQVA

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)		04	Bairro					
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO			ALTO DA PONTE						
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS	SP	12.212-500	8660700						

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 263</b>					
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)		13	Bairro					
RUA SUMARÉ 46			BOSQUE DOS EUCALIPTO						
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSÉ DOS CAMPOS	SP	12.233-770	9982/032 -RJ				846.679.407-78		
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
29/04/1965		ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1	Contrato de trabalho por prazo indeterminado								
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 3.561,77		21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1	Empregado				
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73	SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP						

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 18/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.125,23	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 151,20	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 614,13
56 Horas extras 11:00 horas 100,00%	R\$ 268,68	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 176,55	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional 01/12 avos	R\$ 161,49	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 04/12 avos	R\$ 1.253,21
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 21/09/2021 à 20/09/2022	R\$ 3.435,35	68 Terço constitucional de férias	R\$ 1.562,85	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 8.748,69</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 30/30 dias	R\$ 3.510,36	112.1 Previdência social	R\$ 190,69	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 12,11
14.1 IRRF	R\$ 18,08	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 3.731,24</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 5.017,45</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 559/2023

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome						
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE							
03	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04	Bairro						
ALZIRO LEBRAO 76 - TERREO		ALTO DA PONTE							
05	Município	06	UF	07	CEP	08	CNAE	09	CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO JOSE DOS CAMPOS		SP		12.212-500		8660700			

**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 263</b>					
12.0.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA							
12	Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	13	Bairro						
RUA SUMARÉ 46		BOSQUE DOS EUCALIPTO							
14	Município	15	UF	16	CEP	17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF
SAO JOSÉ DOS CAMPOS		SP		12.233-770		9982/032 -RJ		846.679.407-78	
19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe						
29/04/1965		ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA							

**DADOS DO CONTRATO**

21	Tipo de Contrato								
1 - Contrato de trabalho por prazo indeterminado									
22	Causa do Afastamento								
Rescisão contratual a pedido do empregado									
23	Remuneração Mês Ant.	24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afastamento
R\$ 3.561,77		21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023		SJ1	
28	Pensão Alim. (%) TRCT	29	Pensão Alim. (%) FGTS	30	Categoria do Trabalhador				
0,00		0,00		1 - Empregado					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP							

**DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 18/dias salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.125,23	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificações	R\$ 0,00
53 Adicional de insalubridade 20,00%	R\$ 151,20	54 Adicional de periculosidade	R\$ 0,00	55 Adicional noturno	R\$ 614,13
56 Horas extras 11:00 horas 100,00%	R\$ 268,68	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso semanal remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do "DSR" sobre salário variável	R\$ 176,55	60 Multa Art. 477, § 8º/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00
63 13º salário proporcional 01/12 avos	R\$ 161,49	64 13º salário exercicios anteriores	R\$ 0,00	65 Férias proporcionais 04/12 avos	R\$ 1.253,21
66 Férias Venc. Per. Aquisitivo 21/09/2021 à 20/09/2022	R\$ 3.435,35	68 Terço constitucional de férias	R\$ 1.562,85	69 Aviso prévio indenizado dias	R\$ 0,00
70 13º salário (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (aviso prévio indenizado)	R\$ 0,00	99 Ajuste do saldo devedor	R\$ 0,00
<b>TOTAL BRUTO</b>					<b>R\$ 8.748,69</b>

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
00 Pensão alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento de 13º salário	R\$ 0,00
103 Aviso prévio indenizado 30/30 dias	R\$ 3.510,36	112.1 Previdência social	R\$ 190,69	112.2 Previdência social - 13º salário	R\$ 12,11
14.1 IRRF	R\$ 18,08	114.2 IRRF sobre 13º salário	R\$ 0,00		
<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>					<b>R\$ 3.731,24</b>
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>R\$ 5.017,45</b>

Estas despesas foram pagas com Recurso da D.M. do Sr. José de Camargo nº 559/2023

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>						
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome			
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE				
<b>TRABALHADOR</b>						
10	PIS/PASEP	11	Nome			
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA			<b>Código: 263</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965	20	Nome da Mãe
ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA						
<b>CONTRATO</b>						
22	Causa do Afastamento					
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>						
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023	27	Cód. Afast.
					29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
					<b>0,00</b>	
30	Categoria do Trabalhador					
<b>1 - Empregado</b>						

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Sgrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.99/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>						
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome			
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE				
<b>TRABALHADOR</b>						
10	PIS/PASEP	11	Nome			
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA			<b>Código: 263</b>	
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965	20	Nome da Mãe
ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA						
<b>CONTRATO</b>						
22	Causa do Afastamento					
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>						
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023	27	Cód. Afast.
					29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
						<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador					
1 - Empregado						

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.919/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 263</b>			
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA					
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965		ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023		SJ1			<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador	<b>1 - Empregado</b>							

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Grigrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.59/2022

**TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

EMPREGADOR							
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome				
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE					
TRABALHADOR							
10	PIS/PASEP	11	Nome				
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA			Código: 263		
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento		
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965	20	Nome da Mãe	
					ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA		
CONTRATO							
22	Causa do Afastamento						
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento		
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023	27	Cód. Afast.	
					SJ1	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
							0,00
30	Categoria do Trabalhador						
1 - Empregado							

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Sgrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 5.919/2022

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

<b>EMPREGADOR</b>					
01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome		
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE			
<b>TRABALHADOR</b>					
10	PIS/PASEP	11	Nome		
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA			<b>Código: 263</b>
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965	ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA
<b>CONTRATO</b>					
22 Causa do Afastamento					
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>					
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023	
27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS		
SJ1					<b>0,00</b>
30 Categoria do Trabalhador					
<b>1 - Empregado</b>					
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral		
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP			

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155	Ressalvas
156	Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome	<b>Código: 263</b>			
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA					
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965		ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento								
<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>									
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023		SJ1			<b>0,00</b>
30	Categoria do Trabalhador								
<b>1 - Empregado</b>									
31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral						
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73	- SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP						

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Reserva-se o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01	CNPJ/CEI	02	Razão Social/Nome
09.268.215/0010-53		INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE	

**TRABALHADOR**

10	PIS/PASEP	11	Nome				
120.12435.33-7		JAQUELINE DE SOUZA		<b>Código: 263</b>			
17	CTPS (nº, série, UF)	18	CPF	19	Data de Nascimento	20	Nome da Mãe
9982/032-/RJ		846.679.407-78		29/04/1965		ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA	

**CONTRATO**

22	Causa do Afastamento	<b>Rescisão contratual a pedido do empregado</b>							
24	Data de Admissão	25	Data do Aviso Prévio	26	Data de Afastamento	27	Cód. Afast.	29	Pensão Alimentícia (%) FGTS
21/09/2017		18/01/2023		18/01/2023		SJ1			<b>0,00</b>

30 Categoria do Trabalhador

**1 - Empregado**

31	Código Sindical	32	CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.914.021.00088-4		47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP	

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA. Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 02 Razão Social/Nome  
**09.268.215/0010-53 INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**

**TRABALHADOR**

10 PIS/PASEP 11 Nome  
**120.12435.33-7 JAQUELINE DE SOUZA Código: 263**

17 CTPS (nº, série, UF) 18 CPF 19 Data de Nascimento 20 Nome da Mãe  
**9982/032-/RJ 846.679.407-78 29/04/1965 ZILDA TEIXEIRA DE SOUZA**

**CONTRATO**

22 Causa do Afastamento  
**Rescisão contratual a pedido do empregado**

24 Data de Admissão 25 Data do Aviso Prévio 26 Data de Afastamento 27 Cód. Afast. 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS  
**21/09/2017 18/01/2023 18/01/2023 SJ1 0,00**

30 Categoria do Trabalhador  
**1 - Empregado**

31 Código Sindical 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral  
**000.914.021.00088-4 47.436.373/0001-73 - SINDICATO DOS HOSP CL C SAU LAB DE PESQ ANAL CL DO E DE SP**

É prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 5.017,45 (Cinco mil e dezessete reais e quarenta e cinco centavos), o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010. Ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
 Ingrid Gonçalves Ramos Pereira/374.268.028-50/GERENTE ADM

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

156 Informações à CAIXA

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.  
 Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	1634 / 1288 / 000753013081-2

<b>Nome destinatário:</b>	JAQUELINE DE SOUZA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 5.017,45

<b>Data de débito:</b>	27/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	27/01/2023 08:50:59

<b>Código da operação:</b>	270850
<b>Chave de segurança:</b>	6MCP21KJPQG3HUX9

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

DADOS DA NFS-e					
Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Data e Hora do RPS	Número / Série RPS	Código de Verificação
29/12/2022 17:33:00	12/2022	18346 / E	28/12/2022 15:28:00	44714 / 00001	YwIB64sPZ

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: **03.064.684/0001-83**  
 Nome/Razão Social: **INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI**  
 Endereço: **AVENI DOUTOR NUMA DE OLIVEIRA 53 SALA 2 JARDIM TELESPARK**  
 Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
 UF: **SP** CEP: **12212-660** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **112176**  
 E-mail: **financeiro@chscontabilidade.com.br**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**  
 Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
 Endereço: **\_ Rua Alzirio Lebrao 76 Alto da Ponte**  
 Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
 UF: **SP** CEP: **12212-500** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **925273**  
 E-mail: **ger.adm.upaponte@incs.org.br**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

PONTO SECULLUM E REP - 2.1 O COMODATO, onde a CONTRATADA cede a CONTRATANTE, os equipamentos a seguir relacionados EQUIPAMENTO 01 REP INFO IDCLASS e SISTEMA Ponto Secullum4 de ate 200 funcionarios.  
 ISS: 4,56%  
 Referencia: 29/12/2022 a 28/01/2023  
 Vencimento: 29/01/2023

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **331470100 - MANUTENÇÃO E REPARAÇÃO DE MÁQUINAS MOTRIZES NÃO-ELÉTRICAS**  
 Serviço: **1401 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM,**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
290,98	0,00	0,00	****	****	****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
290,98	0,00	0,00	290,98

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:   
 Código da Obra:   
 Número da nota fiscal substituída:   
 Regra especial:

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI  
Av. Dr. Numa de Oliveira 53 Sala 02  
São José dos Campos SP

Banco Itaú S.A. | **341-7**

34191.09008 08973.550729 10288.190001 4 92450000029098

Beneficiário <b>INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI</b>		Agencia/Cod Beneficiário <b>0721/02881-9</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Nosso número <b>109/00089735-5</b>
Número do documento <b>53715</b>	CPF/CNPJ <b>03.064.684/0001-83</b>	Vencimento <b>29/01/2023</b>		Valor documento <b>290,98</b>	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(-) Valor cobrado	
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - 09.268.215/0010-53</b>					
Instruções <b>Referente a OS 95668 - NFS e 18346</b>				Autenticação mecânica	
Corte na linha pontilhada					

Banco Itaú S.A. | **341-7**

34191.09008 08973.550729 10288.190001 4 92450000029098

Local de pagamento <b>ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAU. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ</b>					Vencimento <b>29/01/2023</b>
Beneficiário <b>INTERPOINT RELOGIOS INDUSTRIAIS EIRELI</b>					Agência/Código Beneficiário <b>0721/02881-9</b>
Data do documento <b>30/12/2022</b>	Nº documento <b>53715</b>	Espécie <b>R\$</b>	Aceite <b>N</b>	Processamento <b>30/12/2022</b>	Nosso número <b>109/00089735-5</b>
Uso do banco	Carteira <b>109</b>	Espécie <b>R\$</b>	Quantidade	Valor	(-) Valor documento <b>290,98</b>
Instruções(Texto de responsabilidade do Beneficiário) <b>Protestar após 5 dias do vencimento</b>  <b>Após Vencimento cobrar Multa de R\$ 5,82</b> <b>Após Vencimento cobrar Mora Dia de R\$ 2,91</b>					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
Pagador <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> <b>Rua Alzirio Lebrão 76</b> <b>Alto da Ponte-São José dos Campos - SP- CEP: 12212500</b>					(-) Valor cobrado
Pagador/Avalista					Cod baixa
					Autenticação mecânica - <b>Ficha de Compensação</b>
					Corte na linha pontilhada



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 08973.550729 10288.190001 4 92450000029098
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>INTERPOINT RELOGIOS IND EIRELI</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>03.064.684/0001-83</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INST NAC DE CIENCIAS DA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	29/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	30/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	290,98
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	290,98
<b>Valor Pago (R\$):</b>	290,98

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** NF 18346 INTERPOINT

**Data/hora da operação:** 30/01/2023 07:42:44

**Código da operação:** 030112142

**Chave de segurança:** TQQ13NR6CHQMGUIV7

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de FERRAGENS COELHO LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 26/12/2022 Dest/Rem: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE Valor Total: 625,95		<b>NF-e</b> <b>Nº 000.003.729</b> <b>Série 001</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>FERRAGENS COEL O LTDA</b>		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>1</b> <b>Nº 000.003.729</b> <b>S RIE 001</b> <b>FOL A 1/1</b>	
RUA AUDEMO VENEZIANI, 328 - ALTO DA PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - CEP: 12212-372 Fone: (12)3942-5642			
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135221813451799 26/12/2022 10:45:06</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645488017116	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 08.171.377/0001-15	

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>			
NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ / CPF 09.268.215/0024-59	DATA DA EMISSÃO 26/12/2022
ENDEREÇO AVENIDA RUI BARBOSA - DE 2187/2188 A 2768/2769, 2445		BAIRRO / DISTRITO SANTANA	CEP 12212-000
MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMPOS	UF SP	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 10:43:25

<b>FATURA</b>
DADOS DA FATURA - Número: 3729 - Valor Original: R\$ 625,95 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Liquido: R\$ 625,95

<b>DUPLICATAS</b>
Número : 001
Vencimento : 28/01/2023
Valor : R\$ 625,95

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
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					625,95
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					625,95

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
		4 - PROP/DEST			
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESP CIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	VOLUME				

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
12513	LAMPADA INITIAL LED 15 A67	85395200	0102	5102	UN	10,0000	19,9000	0,00	199,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19708	CONECTOR 2 VIAS	73182300	0102	5102	UN	5,0000	4,5000	0,00	22,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23423	REJUNTE PORCELANATO QUARTZOLIT BEGE 1 G	32149000	0500	5405	UN	1,0000	11,5000	0,00	11,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9272	LAMPADA LED TUBULAR 20 ELGIN	85392190	0500	5405	UN	6,0000	19,9000	0,00	119,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14111	CONECTOR	85369010	0102	5102	UN	5,0000	5,5000	0,00	27,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23460	LAMPADA LED SUPER BULBO 30	85161000	0500	5405	UN	1,0000	34,9000	0,00	34,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25901	PLAFON C/SOQUETE DE PORCELANA E 27 BRANCO	94059200	0102	5102	UN	1,0000	4,9000	0,00	4,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7708	TOMADA 2 POLOS TERRA (POLLAR) 10A/250V(RADIAL)	85366910	0500	5405	UN	5,0000	4,9000	0,00	24,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9956	GRELHA ASTRA ROTATIVA REDONDA BRANCA DIAMETRO 9,7CM	39174090	0500	5405	UN	13,0000	7,9000	0,00	102,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16721	IT ORING C/ 50PCS	40169990	0102	5102	UN	1,0000	15,0000	0,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25698	CADEADO HENG HUAN 38MM (SP)	56041000	0102	5102	UN	2,0000	19,9000	0,00	39,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5818	PLUG MACHO MARGIRIUS PLD 1 - 3P PRETO	85366910	0500	5405	UN	1,0000	4,5000	0,00	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9870	PLUG FEMEA MARGIRIUS 2P 10A BRANCA TMD1-2	85366910	0500	5405	UN	1,0000	3,5000	0,00	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24584	CABO SILFLEX PP 500 V 3X1,50 PRETO	85444900	0102	5102	UN	2,5000	6,5000	0,00	16,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NFe, referente ao boleto 3729.	RESERVADO AO FISCO



# COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES	
DISQUE CAIXA	0800 726 0101
OUVIDORIA	0800 725 7474
www.caixa.gov.br	

Cedente <b>FERRAGENS COELHO</b>			CPF/CNPJ <b>08.171.377/0001-15</b>		Agência / Código do Cedente <b>3013/490936-4</b>
Endereço do cedente <b>R AUDEMO VENEZIANI 328 - ALTO DA PONTE - SJC</b>				UF <b>SP</b>	CEP <b>12212372</b>
Data do documento <b>26/12/2022</b>	Nº do documento <b>3729</b>	Espécie documento <b>DM</b>	Carteira <b>01</b>	Data do processamento <b>26/12/2022</b>	Nosso Número <b>14/100000000011436-5</b>
Sacado <b>INSTITUTO N DE CIENCIAS DA SAUDE</b>				CPF/CNPJ <b>09.268.215/0024-59</b>	
Endereço do sacado <b>AVENIDA RUI BARBOSA 2445 - SANTANA - SJC</b>				UF <b>SP</b>	CEP <b>12212-000</b>
Sacador/avalista				CPF/CNPJ	

Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):

MULTA DE R\$: 12,52 APOS : 28/01/2023  
 JUROS DE R\$: 2,07 AO DIA

PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

Moeda R\$	Quantidade	Valor	Vencimento 28/01/2023	Valor do Documento 625,95	Autenticação Mecânica - <b>Recibo do Sacado</b>
--------------	------------	-------	--------------------------	------------------------------	---

Recebimento através do cheque n. \_\_\_\_\_ do Banco \_\_\_\_\_  
 Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco Sacado.

**CAIXA** | 104-0 | 10494.90939 64100.100045 00001.143643 4 92440000062595

Local de pagamento <b>PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE</b>					Vencimento <b>28/01/2023</b>
Cedente <b>FERRAGENS COELHO</b>			CPF/CNPJ <b>08.171.377/0001-15</b>		Agência / Código do Cedente <b>3013/490936-4</b>
Data do documento <b>26/12/2022</b>	Nº do documento <b>3729</b>	Espécie de docto. <b>DM</b>	Aceite <b>NÃO</b>	Data do processamento <b>26/12/2022</b>	Nosso Número <b>14/100000000011436-5</b>
Uso do Banco	Carteira <b>01</b>	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>625,95</b>

Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):					(-) Desconto
MULTA DE R\$: 12,52 APOS : 28/01/2023 JUROS DE R\$: 2,07 AO DIA					(-) Outras Deduções/Abatimentos
PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Sacado:	<b>INSTITUTO N DE CIENCIAS DA SAUDE AVENIDA RUI BARBOSA 2445 - SANTANA SJC</b>	CPF/CNPJ:	<b>09.268.215/0024-59</b>
Sacador/Avalista:		UF: SP	CEP: 12212-000
		CPF/CNPJ:	

 Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	10494.90939 64100.100045 00001.143643 4 92440000062595
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
<b>Código do Banco:</b>	104
<b>Código do ISPB:</b>	00360305
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FERRAGENS COELHO LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FERRAGENS COELHO LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.171.377/0001-15</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INSTITUTO N DE CIENCIAS DA SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0024-59
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	28/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	30/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	625,95
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	625,95
<b>Valor Pago (R\$):</b>	625,95

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** NF 3729 FERRAGENS COELHO

**Data/hora da operação:** 30/01/2023 07:47:39

**Código da operação:** 030114278

**Chave de segurança:** EA2ZA7YQEHPPZK7T

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de FERRAGENS COELHO LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 26/12/2022 Dest/Reme: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE Valor Total: 1.076,86		<b>NF-e</b> <b>Nº 000.003.730</b> <b>Série 001</b>
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>FERRAGENS COEL O LTDA</b>		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>1</b> <b>Nº 000.003.730</b> <b>S RIE 001</b> <b>FOL A 1/2</b>	
RUA AUDEMO VENEZIANI, 328 - ALTO DA PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - CEP: 12212-372 Fone: (12)3942-5642			
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135221814417594 26/12/2022 13:07:11</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 645488017116	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 08.171.377/0001-15	

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>			
NOME / RAZÃO SOCIAL INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ / CPF 09.268.215/0010-53	DATA DA EMISSÃO 26/12/2022
ENDEREÇO RUA ALZIRIO LEBRAO, 76		BAIRRO / DISTRITO ALTO DA PONTE	CEP 12212-500
MUNICÍPIO SAO JOSE DOS CAMPOS		UF SP	TELEFONE / FAX INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 13:06:51

<b>FATURA</b>
DADOS DA FATURA - Número: 3730 - Valor Original: R\$ 1.076,86 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - ValorLiquido: R\$ 1.076,86

<b>DUPLICATAS</b>	
Número : 001 Vencimento : 28/01/2023 Valor : R\$ 538,43	Número : 002 Vencimento : 28/02/2023 Valor : R\$ 538,43

<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	1.076,87	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	1.076,86

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		4 - PROP/DEST				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESP CIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
4	VOLUME					

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS IPI
27094	LAMPADA LED TUBULAR 18 6500	85437099	0102	5102	UN	25,0000	19,9000	0,00	497,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
26877	IRAJA ESMALTE SINTETICO STD BRANCO 0,225ML	32089010	0102	5102	UN	1,0000	12,0000	0,00	12,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
26826	LAMPADA LED A60 7 6500 E-27 BIVOLT	85437099	0102	5102	UN	3,0000	4,9900	0,00	14,97	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
24203	BROCA HELECOIDAL EM ACO DE TRES PONTAS PARA PERFURACAO EM MADEIRA 6 X 90 MM/MTX	82075011	0102	5102	UN	1,0000	4,5000	0,00	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
23139	ALICATES PARA CRIMPAGEM DE CABOS ELETRICOS 0,5	82032010	0102	5102	UN	1,0000	89,9000	0,00	89,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
20101	PINCEL COMPEL CHATO CERDA BRANCA 16	96033000	0102	5102	UN	1,0000	3,5000	0,00	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
19897	AREJADOR DE TORNEIRA COM REGISTRO DE PRESSAO	84819090	0102	5102	UN	1,0000	9,9000	0,00	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
19708	CONECTOR 2 VIAS	73182300	0102	5102	UN	6,0000	4,5000	0,00	27,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
18901	SERRA TICO-TICO STARR.MULT-BU41014	82029990	0500	5405	UN	1,0000	15,0000	0,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
14111	CONECTOR	85369010	0102	5102	UN	10,0000	0,5000	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
14111	CONECTOR	85369010	0102	5102	UN	10,0000	0,5000	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
14111	CONECTOR	85369010	0102	5102	UN	10,0000	0,5000	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
6872	CHAVE FENDA FOXLUX 1/8X4 CR-VPT IMA	82054000	0102	5102	UN	1,0000	7,9000	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
5413	BUCHA FIXACAO 6MM COM ANEL	39259090	0500	5405	UN	50,0000	0,0500	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
3107	PARAFUSO PHILIPS 4,0 X 40	73181200	0500	5405	UN	50,0000	0,2000	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
8702	LAMPADA LED TUBULAR T8 18 - ELGIN	85392190	0500	5405	UN	2,0000	19,9000	0,00	39,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
5134	AUMENTO LONGO 1/2 GARDEN	79070090	0102	5102	UN	1,0000	6,8000	0,00	6,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
2698	MANTA ASFALTICA VIAPOL VIAFLEX FITA 30 CM (METRO)	84679900	0102	5102	UN	7,0000	13,0000	0,00	91,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00
1963	VIABIT VIAPOL LT 900 ML	27150000	0102	5102	UN	1,0000	36,5000	0,00	36,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00 0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NFe, referente aos boletos 3730/001 e 3730/002.	RESERVADO AO FISCO

**FERRAGENS COEL O LTDA**

RUA AUDEMO VENEZIANI, 328 - ALTO DA PONTE - SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - CEP: 12212-372  
Fone: (12)3942-5642

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**  
**Nº 000.003.730**  
**S RIE 001**  
**FOL A 2/2**



CHAVE DE ACESSO

**3522 1208 1713 7700 0115 5500 1000 0037 3014 8698 0096**

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

**135221814417594 26/12/2022 13:07:11**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

645488017116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

08.171.377/0001-15

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. %	
													ICMS	IPI
1046	TRINCHA/PINCEL ATLAS 2 1/2 395	96034090	0102	5102	UN	1,0000	6,9000	0,00	6,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25385	ENGATE PLASTICO PLASTILIT 50CM	39174090	0500	5405	UN	2,0000	7,9000	0,00	15,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12694	TORNEIRA IGUATEMI LAVATORIO LUXO 1/4 ABS	84818019	0500	5405	UN	1,0000	32,9000	0,00	32,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12513	LAMPADA INITIAL LED 15 A67	85395200	0102	5102	UN	5,0000	19,9000	0,00	99,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9350	IT COM 6 CLIPS TIPO JACARE	25202010	0102	5102	UN	1,0000	7,0000	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3427	SIFAO CURTO DELFLEX	39174090	0102	5102	UN	1,0000	5,0000	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41	INTERRUPTOR SIMPLES COM PLACA 10A 250V (APOIO/MODULUZ)	85365090	0500	5405	UN	2,0000	13,0000	0,01	25,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



# COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

## RECLAMAÇÕES E SUGESTÕES

DISQUE CAIXA 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Cedente <b>FERRAGENS COELHO</b>			CPF/CNPJ <b>08.171.377/0001-15</b>		Agência / Código do Cedente <b>3013/490936-4</b>	
Endereço do cedente <b>R AUDEMO VENEZIANI 328 - ALTO DA PONTE - SJC</b>					UF <b>SP</b>	CEP <b>12212372</b>
Data do documento <b>26/12/2022</b>	Nº do documento <b>3730 001</b>	Espécie documento <b>DM</b>	Carteira <b>01</b>	Data do processamento <b>26/12/2022</b>	Nosso Número <b>14/100000000011437-3</b>	
Sacado <b>INSTITUTO N DE CIENCIAS DA SAUDE</b>					CPF/CNPJ <b>09.268.215/0010-53</b>	
Endereço do sacado <b>RUA ALZIRIO LEBRAO 76 - ALTO DA PONTE - SJC</b>					UF <b>SP</b>	CEP <b>12212-500</b>
Sacador/avalista					CPF/CNPJ	

Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):

MULTA DE R\$: 10,77 APOS : 28/01/2023  
 JUROS DE R\$: 1,78 AO DIA

PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

Moeda R\$	Quantidade	Valor	Vencimento 28/01/2023	Valor do Documento 538,43	Autenticação Mecânica - <b>Recibo do Sacado</b>
--------------	------------	-------	--------------------------	------------------------------	---

Recebimento através do cheque n. \_\_\_\_\_ do Banco \_\_\_\_\_  
 Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco Sacado.

**CAIXA** | **104-0** | **10494.90939 64100.100045 00001.143726 6 92440000053843**

Local de pagamento <b>PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTÉRICAS ATÉ O VALOR LIMITE</b>					<b>Vencimento</b> 28/01/2023	
Cedente <b>FERRAGENS COELHO</b>			CPF/CNPJ <b>08.171.377/0001-15</b>		Agência / Código do Cedente <b>3013/490936-4</b>	
Data do documento <b>26/12/2022</b>	Nº do documento <b>3730 001</b>	Espécie de docto. <b>DM</b>	Carteira <b>01</b>	Moeda <b>R\$</b>	Quantidade	Valor
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente):					<b>(=) Valor do Documento</b> 538,43	
MULTA DE R\$: 10,77 APOS : 28/01/2023 JUROS DE R\$: 1,78 AO DIA					(-) Desconto	
PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Outras Deduções/Abatimentos	
					(+ ) Mora/Multa/Juros	
					(+ ) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	

Sacado: **INSTITUTO N DE CIENCIAS DA SAUDE**  
**RUA ALZIRIO LEBRAO 76 - ALTO DA PONTE**  
**SJC**

CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**  
 UF: **SP** CEP: **12212-500**

Sacador/Avalista: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	10494.90939 64100.100045 00001.143726 6 92440000053843
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
<b>Código do Banco:</b>	104
<b>Código do ISPB:</b>	00360305
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>FERRAGENS COELHO LTDA</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>FERRAGENS COELHO LTDA</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>08.171.377/0001-15</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INSTITUTO N DE CIENCIAS DA SAUDE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	28/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	30/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	538,43
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	538,43
<b>Valor Pago (R\$):</b>	538,43

**Identificação do Pagamento:** NF 3730 P1 FERRAGENS COEL

**Data/hora da operação:** 30/01/2023 07:56:31

**Código da operação:** 030119872

**Chave de segurança:** R4M4T4JUZX4QT8QC

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



**PREFEITURA DE  
SANTANA DE PARNAÍBA**

Estado de São Paulo

<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS</b> VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI AV YOJIRO TAKAOKA, 4384 - ANDAR 7 - SALA 701 - CJ 5814 ALPHAVILLE C A1 - Santana de Parnaíba / SP 06541-038 Fone: 11972271546 email: SILVERIO6000@GMAIL.COM <b>CNPJ: 35.068.847/0001-92 CCM: 82837 IE: ISENTO</b> <b>Código de Serviço: 1.03</b> - processamento de dados e congêneres <b>Data de Emissão: 26/01/2023</b>	<b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS NF-e (TRIBUTADOS) No 624</b>
--	--

<b>Fatura No</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Forma Pgto</b>	
624	38,90	A VISTA	
<b>TOMADOR</b>	INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		
<b>ENDEREÇO</b>	RUA EDISSA PACHECO DE CARVALO, 26, 2 E 3 ANDAR - PARQUE CAMPOLIM		
<b>MUNICÍPIO</b>	SOROCABA UF: SP CEP: 18047-631		
<b>END.COBRANÇA</b>	o mesmo		
<b>CNPJ/CPF</b>	09.268.215/0001-62		
<b>VALOR POR EXTENSO</b>	TRINTA E OITO REAIS E NOVENTA CENTAVOS		
DEVE À EMPRESA <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI</b> OS VALORES CONSTANTES DESTA <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS</b> , REFERENTE AOS SERVIÇOS ABAIXO DISCRIMINADOS.			

QTDE	UNID	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇOS (R\$)	
			UNITÁRIO	TOTAL
1	UM	NOTA REFERENTE AO FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE		
		TOTAL DE BENEFÍCIOS.....R\$ 2.288,00	38,90	38,90
		TOTAL GERAL DA NOTA REFERENTE AO PEDIDO 8112.....R\$ 2.326,90		

RETENÇÕES NA FONTE PELO TOMADOR (R\$)					
ISS	IRRF	Pis	Cofins	CSLL	INSS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>NÃO VALE COMO RECIBO</b>	Base ISS R\$ 38,90 Alíquota Simples: % 2,00 ISS Incluso R\$ ----	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>  R\$ 38,90
-----------------------------	--	---

- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

Assinatura Digital			
IKVABLAK	AZFTVXM8	0HW6QC9P	5F7XITHU
DDVQ55PB	37XGMTLQ	2XB4WZRW	V2RXUWNE
1NFVQH7J	3JOVZ6D8	3WQ96630	TNGCNCGC
C2BY571V	ZWH3ON76	0P5GW9U2	W3JPL13Q

*Corte na Linha Pontilhada*

Assinatura Digital NFE No 624 Santana de Parnaíba - CCM: 82837			
IKVABLAK	AZFTVXM8	0HW6QC9P	5F7XITHU
DDVQ55PB	37XGMTLQ	2XB4WZRW	V2RXUWNE
1NFVQH7J	3JOVZ6D8	3WQ96630	TNGCNCGC
C2BY571V	ZWH3ON76	0P5GW9U2	W3JPL13Q

RECEBI (EMOS) DA EMPRESA **VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E BENEFICIOS EIRELI**  
OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA **NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Local/Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



Período de 01/02/2023 até 28/02/2023

**Empresa: INCS - INSTITUTO NACIONAL MATRIZ**

CNPJ: 09.268.215/0001-62

**Pedido Nro.: 8114****Matrícula:**

CPF:412.282.878-30

Escala: GERAL 📅 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** AICIANE SILVA MACHADO**Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE**Departamento:** UBS ALTO DA PONTE**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:200.079.688-50

Escala: GERAL 📅 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ALEXSANDRA FARIA BUENO**Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE**Departamento:** UBS ALTO DA PONTE**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:414.778.488-78

Escala: GERAL 📅 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** CAROLINE FERNANDES DOS SANTOS**Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE**Departamento:** UBS ALTO DA PONTE**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:134.310.238-35

Escala: GERAL 📅 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** CLAUDIA REGINA CUNHA ARAUJO**Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE**Departamento:** UBS ALTO DA PONTE**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:260.073.938-60

Escala: GERAL 📅 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** ELIZANGELA MARIA DE OLIVEIRA EDUARDO**Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE**Departamento:** UBS ALTO DA PONTE**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Matrícula:**

CPF:425.597.858-11

Escala: GERAL 📅 22 Dia(s) Trabalhado(s)

**Benefício**

CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA

**Nome:** EMILY THAINÁ GARCIA**Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE**Departamento:** UBS ALTO DA PONTE**QTD**

44

**Valor Unitário**

5,20

**Total**

228,80

**Matrícula:** **Nome:** MARCOS VITOR RODRIGUES SILVA  
**CPF:**365.738.478-22 **Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** UBS ALTO DA PONTE

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	44	5,20	228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** **Nome:** nayane de almeida moraes  
**CPF:**498.851.258-41 **Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 8 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** UBS ALTO DA PONTE

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	16	5,20	83,20

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** **Nome:** ONDINA FERREIRA DOS SANTOS BARUTI  
**CPF:**138.400.238-31 **Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** UBS ALTO DA PONTE

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	44	5,20	228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** **Nome:** PATRICIA NOE DOS REIS SANTOS  
**CPF:**104.575.907-42 **Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** UBS ALTO DA PONTE

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	44	5,20	228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** **Nome:** PILLAR MARTINS SILVA  
**CPF:**342.772.108-64 **Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** UBS ALTO DA PONTE

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	44	5,20	228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Matrícula:** **Nome:** RAIANE FERNANDA SILVA SOUZA  
**CPF:**402.473.578-04 **Local de Trabalho:** UBS ALTO DA PONTE  
**Escala:** GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** UBS ALTO DA PONTE

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
CONSORCIO 123 - VIACAO SAENS PENA	44	5,20	228,80

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Total Benefícios:</b>	R\$ 2.600,00
<b>Taxa Administrativa:</b>	R\$ 44,20
<b>Taxa Adm. Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Emissão Cartão:</b>	R\$ 0,00
<b>Outras Taxas:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa de Entrega:</b>	R\$ 0,00
<b>Repasse:</b>	R\$ 0,00
<b>Taxa Gestão UP:</b>	R\$ 0,00
<b>Desconto Gestão UP:</b>	R\$ 0,00

**Total Geral:**

R\$ 2.644,20

**Emissão: 27/01/2023 11:41**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECIBO DO PAGADOR

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00021.617238 79958.030003 9 92480000232690

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>01/02/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 26/01/2023	Núm. do documento 624	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 26/01/2023	Nosso Número 157 / 00000216 - 1
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>2.326,90</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Autenticação mecânica

**Itaú** Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.57007 00021.617238 79958.030003 9 92480000232690

<b>Local de pagamento:</b> Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento <b>01/02/2023</b>
Beneficiário <b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b> <b>CNPJ/CPF:</b> 35.068.847/0001-92 AVENIDA YOJIRO TAKAOKA, 4384, SALA 701 CONJ 5 , 06541038 - ALPHAVILLE - SANTANA DE PARNAIBA - SP					Agência/Código Beneficiário 7237/99580-3
Data do documento 26/01/2023	Núm. do documento 624	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data Processamento 26/01/2023	Nosso Número 157 / 00000216 - 1
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento <b>2.326,90</b>
<b>Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.</b>					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
<b>Pagador:</b> INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE <b>CNPJ/CPF:</b> AV ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 , 18047620 - PRQ CAMPOLIM - SOROCABA - SP					
<b>Beneficiário final:</b>					<b>CNPJ/CPF:</b>

Ficha de Compensação



Autenticação mecânica

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.57007 00021.617238 79958.030003 9 92480000232690
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>VTLOG INTERMEDIACAO DE NEGOCIO</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>35.068.847/0001-92</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIINAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0001-62
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	01/02/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	30/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	2.326,90
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	2.326,90
<b>Valor Pago (R\$):</b>	2.326,90

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**Identificação do Pagamento:** VT UBS ALTO DA PONTE 0223

**Data/hora da operação:** 30/01/2023 16:00:10

**Código da operação:** 030636840

**Chave de segurança:** Y9KTXJGL99LMCYK

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



MUNICÍPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO  
Secretaria Municipal de Finanças

Nº da Nota - Serie  
0000000030 - E

Autenticidade  
806N-2P79

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão ....:27/01/2023 16:32:53

Competência (Serv.):01/2023



**PRESTADOR DE SERVIÇOS.**

Razão Social.: CLINICA DE PEDIATRIA DUARTE ALVES LTDA ME

Nome Fantasia: CLINICA DE PEDIATRIA DUARTE ALVES LTDA ME

CPF/CNPJ.....: 19.985.090/0001-45 IM: 6521814 IE: Fone: (12) 3621-8530

Endereço.....: RUA AVENIDA ITÁLIA,1551 R3 RUA 8 CASA 398,JARDIM DAS NAÇÕES - CEP:12030212

Município.....: Taubaté

UF: SP Email:nubiardd@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 09.268.215/0010-53 IM: IE: Fone: (15) 3035-2779

Endereço.....: RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE

Município.....: SAO JOSE DOS CAMPOS

UF:SP

Email.....:incs@incs.me.br.

**LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Cidade.....: SAO JOSE DOS CAMPOS

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão 559/2022 firmado entre o INCS Inst. Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos, nota fiscal referente a 9,5 plantões realizados pela Dra. Nubia R.D Duarte, em dezembro de 2022.

Processo executado por: 172.16.20.60  
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site:

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros,  
ambulatórios e congêneres.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	185,24	80,27	370,49	123,50	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	12.349,62	2,0000%	246,99	12.349,62

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 11.590,12**



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3818 / 00000003361-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLINICA DE PEDIATRIA DUARTE ALVES LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.985.090/0001-45
<b>Valor:</b>	R\$ 11.590,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 30 CLINICA DUARTE
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:07:11

<b>Código da operação:</b>	00108229
<b>Chave de segurança:</b>	0LR51FW96L28627L

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 27/01/2023 16:19:52  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 73 / E  
Código de Verificação: SGg6OL8qb

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 44.162.460/0001-91  
Nome/Razão Social: ANDRADE DIAS SAUDE LTDA  
Endereço: RUA PATATIVA 100 BLOCO B APT 74 TATETUBA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12220-140  
Telefone: (12) 8277-6660  
Inscrição Municipal: 424301  
E-mail: thayna@bmccontabilidade.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 1 plantão realizado pela profissional médica, Drielle Andrade Dias, no mês de dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010201 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
2.000,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
2.000,00	0,00	0,00	2.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00001606456-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ANDRADE DIAS SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.162.460/0001-91
<b>Valor:</b>	R\$ 2.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 73 ANDRADE DIAS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:23:00

<b>Código da operação:</b>	00109107
<b>Chave de segurança:</b>	PHSEK66M324GG3JW

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20230127u33382355000141

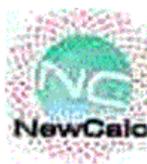
Número da Nota

**00000071**

Data e Hora de Emissão

**27/01/2023 14:49:58**

Código de Verificação

**MJZC-U92U****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **33.382.355/0001-41**Inscrição Municipal: **6.254.795-0**Nome/Razão Social: **FERNANDO DA SILVA SANTOS 21720032807**Endereço: **R MARLENE RUPPEL CASTILHO 00035 - JARDIM DAS OLIVEIRAS - CEP: 08111-640**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R ALZIRIO LEBRÃO 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500**Município: **São José dos Campos**UF: **SP**E-mail: **fiscal.ponte@incs.org.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Nota fiscal referente ao serviço administrativo realizado pelo profissional escalista, Fernando Santos.

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Banco: 336 - Banco C6 S.A.

Agência: 0001

Conta Corrente: 2693547-3

CNPJ: 33.382.355/0001-41

Nome: NEWCALC

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 900,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>03158 - Datilograf, digitação, estenogrf, expdnte, secret, redação, ed. revis, infr estrut adm e congêneres</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	*	*	*	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional; (3) Esta NFS-e foi emitida por um MEI - Microempreendedor Individual;



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00002693547-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FERNANDO DA SILVA SANTOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	33.382.355/0001-41
<b>Valor:</b>	R\$ 900,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 71 FERNANDO SANTO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:25:12

<b>Código da operação:</b>	00109234
<b>Chave de segurança:</b>	J0N3S7ZXUGSL6T4H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 27/01/2023 17:18:23  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 13 / E  
Código de Verificação: St34CbaHb

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 47.422.000/0001-43  
Nome/Razão Social: RAPHAELA MILANESI SAUDE LTDA  
Endereço: RUA PROFESSOR ROBERVAL FROES 490 APARTAMENTO:105 JARDIM ESPLANADA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12242-460  
Telefone: (65) 9627-0285  
Inscrição Municipal: 437883  
E-mail: MATHEUS@BMCCONTABILIDADE.COM.BR

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

NOTA FISCAL REFERENTE A REALIZAÇÃO DE 4,5 PLANTÕES PELA PROFISSIONAL MÉDICA, RAPHAELA GONÇALVES MILANESI, NO MÊS DE DEZEMBRO DE 2022. SERVIÇOS PRESTADOS NA UPA ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010201 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
5.850,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
5.850,00	0,00	0,00	5.850,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:   
Número da nota fiscal substituída:   
Código da Obra:   
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00090117168-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RAPHAELA MILANESI SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	47.422.000/0001-43
<b>Valor:</b>	R\$ 5.850,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 13 RAPHAELA MILAN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:30:40

<b>Código da operação:</b>	00109591
<b>Chave de segurança:</b>	FFEJASU964854UZU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
27/01/2023 14:34:05	01/2023	301 / E	7gbjtlb2J

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: **20.943.769/0001-50**  
Nome/Razão Social: **REINESCH SERVICOS MEDICOS LTDA-ME**  
Endereço: **AVENI HEITOR VILLA LOBOS 600 AP 92 B VILA EMA**

Inscrição Municipal: **323937**  
E-mail: **rh@ocmc.com.br**

Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL** UF: **SP** CEP: **12243-260** Telefone: **( ) -**

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**  
Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
Endereço: **Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte**

Inscrição Municipal: **925273**  
E-mail: **fatramentoaltodapontesjc@gmail.com**

Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL** UF: **SP** CEP: **12212-500** Telefone: **( ) -**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 4 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Rita C Reinesch, no mês de dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Dra. Rita C Reinesch.  
Banco Itau  
Agencia 4824  
CC 11.370-0  
Valor aproximado dos tributos: 16,93%  
empresa optante pelo Simples Nacional

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples Nacional</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>5.199,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>5.199,84</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>5.199,84</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:   
Número da nota fiscal substituída:   
Código da Obra:   
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4824 / 00000011370-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	REINESCH SERVICOS MEDICOS LTDA ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.943.769/0001-50
<b>Valor:</b>	R\$ 5.199,84
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 301 REINESCH
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:33:48

<b>Código da operação:</b>	00109812
<b>Chave de segurança:</b>	4S6UMZS4YEV4HS95

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 27/01/2023 15:28:37  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 172 / E  
Código de Verificação: ALaohpEXY

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 34.863.933/0001-24  
Nome/Razão Social: ECO-SAUDE SERVICOS MEDICOS  
Endereço: RUA JOSE COBRA 360 APARTAMENTO:41 - BLOCO 2-B PALMEIRAS DE SAO JOSE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12237-821  
Telefone: (12) 9152-5024  
Inscrição Municipal: 200947  
E-mail: pqscontabil@uol.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: -  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: -

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 12,5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), William Muriel Torres.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
dr WILLIAM MURIEL  
BCO BRASIL  
AG 1213-0 C/C 55610-6

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
16.249,50	0,00	0,00	16.249,50	2,000000	324,99

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	243,74	105,62	487,48	0,00	162,49	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
16.249,50	999,33	0,00	15.250,17

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: -  
Número da nota fiscal substituída: -  
Código da Obra: -  
Regra especial: -



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1213 / 00000055610-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ECO SAUDE SERVICOS MEDICOS
<b>CPF/CNPJ:</b>	34.863.933/0001-24
<b>Valor:</b>	R\$ 15.250,17
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 173 ECO SAUDE
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:36:10

<b>Código da operação:</b>	00110107
<b>Chave de segurança:</b>	RVNAM66SJT7C6GV1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 27/01/2023 18:05:38  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 34 / E  
Código de Verificação: EZUbSVgTp

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 44.910.218/0001-59  
Nome/Razão Social: BRANDAO WM MED SS LTDA  
Endereço: AVENI DO TUBARAO 300 BLOCO:B PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-140  
Telefone: (12) 3904-6890  
Inscrição Municipal: 426781  
E-mail: adineival@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 7 plantões realizados pelo(a) profissional médico(a), Walbermaier Magno Brandão, no mês de dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
11.299,72	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	169,50	73,45	338,99	0,00	113,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
11.299,72	694,94	0,00	10.604,78

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00018728977-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	BRANDAO WM MED SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.910.218/0001-59
<b>Valor:</b>	R\$ 10.604,78
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 34 BRANDAO WM
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:37:53

<b>Código da operação:</b>	00110216
<b>Chave de segurança:</b>	UQ72Q1WXLEVLG8T1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e 27/01/2023 16:08:32  
Competência da NFS-e 01/2023  
Número / Série 32 / E  
Código de Verificação fv2bNMBem

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 44.876.408/0001-05  
Nome/Razão Social: LUCAS ZAMBELLINI MOREIRA CLINICA MEDICA  
Endereço: RUA HAITI 331 AMERICA  
Inscrição Municipal: 427005  
E-mail: foundoutsourcing1@gmail.com  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP CEP: 12235-070 Telefone: (12) 8226-7170

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: notas.ponte@incs.org.br  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP CEP: 12212-500 Telefone:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 7 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Lucas Zambellini Moreira, no mês de dezembro de 2022.  
Valor R\$ 10.150,00  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Banco C6 BANK  
Agência 0001  
Conta corrente 14760311-0  
Razão social: Lucas Zambellini Moreira Clínica Medica  
OBS: Empresa Enquadrada no Regime Simplificado; Não incidência na fonte do IRPJ, da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), e da Contribuição para o PIS/Pasep  
Valor aproximados Tributos 15,50%

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,  
Município da Incidência do ISSQN SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
10.150,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
10.150,00	0,00	0,00	10.150,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00014760311-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	LUCAS ZAMBELLINI MOREIRA CLINICA MEDICA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.876.408/0001-05
<b>Valor:</b>	R\$ 10.150,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 32 LUCAS ZABELLI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:41:06

<b>Código da operação:</b>	00110448
<b>Chave de segurança:</b>	7CQ8QN1PSCFZ2Y14

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 27/01/2023 16:01:45  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 323 / E  
Código de Verificação: hUbcHPnXr

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 17.601.207/0001-14  
Nome/Razão Social: ACM SERVICOS MEDICOS SS LTDA  
Endereço: RUA ARMANDO DE OLIVEIRA COBRA 35 APARTAMENTO:51; PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-002  
Telefone: (12) 3952-6491  
Inscrição Municipal: 308061  
E-mail: tgfaturationemedico@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: -  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: -

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 7,5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a) Múcio de Queiroz Ladeira, no mês dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
Banco 756  
Agência 5052  
Cooperativo do Brasil Conta corrente: 6234-0

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: -  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Sociedade Civil

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
12.349,70	0,00	0,00	12.349,70		0,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	185,25	80,27	370,49	0,00	123,50	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
12.349,70	759,51	0,00	11.590,19

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número da nota fiscal substituída: -  
Código da Obra: -  
Regra especial: -



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000006234-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ACM SERVICOS MEDICOS SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.601.207/0001-14
<b>Valor:</b>	R\$ 11.590,19
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 323 ACM SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:42:33

<b>Código da operação:</b>	00110547
<b>Chave de segurança:</b>	Z8MGFVLR37JV67VY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
27/01/2023 15:35:34	01/2023	340 / E	L18TKoerd

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>23.893.658/0001-75</b>	Inscrição Municipal: <b>329984</b>
Nome/Razão Social: <b>JFC ASSISTENCIA MEDICA S/S LTDA</b>	E-mail: <b>williamdarcioledes@gmail.com</b>
Endereço: <b>RUA SÃO BERNARDO DO CAMPO 241 JARDIM ALVORADA</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12240-520 ( ) -</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b>	E-mail: <b>incs@incs.me.br</b>
Endereço: <b>RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500 (15) 3035-2779</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 10,5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Johannã Christian Cardoso Simões, no mês de dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO**  
Serviço: **0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>13.649,58</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>13.649,58</b>	<b>2,000000</b>	<b>272,99</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>204,74</b>	<b>88,72</b>	<b>409,49</b>	<b>0,00</b>	<b>136,50</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>13.649,58</b>	<b>839,45</b>	<b>0,00</b>	<b>12.810,13</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6961 / 00000011941-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	JFC ASSISTENCIA MEDICA SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	23.893.658/0001-75
<b>Valor:</b>	R\$ 12.810,13
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 340 JFC
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:44:51

<b>Código da operação:</b>	00110710
<b>Chave de segurança:</b>	GS0LNL7MVJHZKHFJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 27/01/2023 16:11:58  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 17 / E  
Código de Verificação: 1S9yIbgJY

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 46.268.526/0001-58  
Nome/Razão Social: ALEMOS SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: RUA RUIVO 144 APT 218 RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-130  
Telefone: (19) 8926-8456  
Inscrição Municipal: 431290  
E-mail: beatriz.melo@zipcontabilidade.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: (19) 8926-8456  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Adriano Lemos de Padua Filho.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
6.500,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
6.500,00	0,00	0,00	6.500,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: \_\_\_\_\_  
Número da nota fiscal substituída: \_\_\_\_\_  
Código da Obra: \_\_\_\_\_  
Regra especial: \_\_\_\_\_



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00071882229-3
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ALEMOS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.268.526/0001-58
<b>Valor:</b>	R\$ 6.500,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 17 ALEMOS SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 08:46:10

<b>Código da operação:</b>	00110816
<b>Chave de segurança:</b>	3XYNFKT9JM9AC50V

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
27/01/2023 15:59:27	01/2023	322 / E	JjbFullup

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>17.601.207/0001-14</b>	Inscrição Municipal: <b>308061</b>
Nome/Razão Social: <b>ACM SERVICOS MEDICOS SS LTDA</b>	E-mail: <b>tgfaturamentomedico@gmail.com</b>
Endereço: RUA ARMANDO DE OLIVEIRA COBRA 35 APARTAMENTO:51; PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12246-002 (12) 3952-6491</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail:
Endereço: RUA ALZIRIO LEBRAO 76 BAIRRO ALTO DA PONTE	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Carlos Alberto Ferreira da Silva, no mês de dezembro de 2022.  
"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."  
Banco 756  
Agência 5052  
Cooperativo do Brasil Conta corrente: 6234-0

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>-</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Sociedade Civil</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>6.499,80</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>6.499,80</b>		<b>0,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>97,50</b>	<b>42,25</b>	<b>194,99</b>	<b>0,00</b>	<b>65,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>6.499,80</b>	<b>399,74</b>	<b>0,00</b>	<b>6.100,06</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Número da nota fiscal substituída: \_\_\_\_\_  
Código da Obra: \_\_\_\_\_  
Regra especial: \_\_\_\_\_



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000006234-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ACM SERVICOS MEDICOS SS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.601.207/0001-14
<b>Valor:</b>	R\$ 6.100,06
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 322 ACM SERVICOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 11:21:04

<b>Código da operação:</b>	00128800
<b>Chave de segurança:</b>	E4ZLEYLKF51CLT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 07:59:49  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 22 / E  
Código de Verificação: C0mEnDcMv

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 30.099.569/0001-17  
Nome/Razão Social: MED WOOD LTDA  
Endereço: AVENI ANDROMEDA 693 SALA 507 SATELITE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12230-000  
Telefone: (38) 9988-2348  
Inscrição Municipal: 423498  
E-mail: matheusseccontabilidade@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: (15) 3035-2779  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: INCS@INCS.ME.BR

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 2 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Mirtes Wood, no mês de dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.  
DEPOSITAR NA CONTA:  
COOPERATIVA SICREDI  
AGÊNCIA: 0710  
C/C: 19791-6  
MED WOOD LTDA

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010201 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
3.000,00	0,00	0,00	3.000,00	2,000000	60,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
3.000,00	0,00	0,00	3.000,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:   
Número da nota fiscal substituída:   
Código da Obra:   
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A - 01181521
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0710 / 00000019791-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MED WOOD LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	30.099.569/0001-17
<b>Valor:</b>	R\$ 3.000,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 22 MED WOOD
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 14:21:46

<b>Código da operação:</b>	00148170
<b>Chave de segurança:</b>	VC801RFRMCH8WKFP

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
30/01/2023 08:15:52	01/2023	213 / E	OdcS247QO

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>20.768.668/0001-90</b>	Inscrição Municipal: <b>323464</b>
Nome/Razão Social: <b>MED55 PRESTACOES DE SERVICOS MEDICOS LTDA</b>	E-mail: <b>DANIELLE.CONTABIL@CAOLL.CO M.BR</b>
Endereço: <b>AV SÃO JOÃO 2400 APTO 31 TORRE B JARDIM DAS COLINAS</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12242-000 ( ) -</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b>	Inscrição Municipal: <b>925273</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail: <b>incs@incs.med.br</b>
Endereço: <b>Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte</b>	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12212-500</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente a realização de 10 plantões pelo(a) profissional médico(a) Bruno Bianchi do Ó no mês Dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte, em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
BANCO ITAÚ S/A - 341 AGENCIA: 1529 C/C ; 43.972-9

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS**  
Serviço: **0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>12.999,60</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>12.999,60</b>	<b>2,000000</b>	<b>259,99</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>194,99</b>	<b>84,50</b>	<b>389,99</b>	<b>0,00</b>	<b>130,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>12.999,60</b>	<b>799,48</b>	<b>0,00</b>	<b>12.200,12</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:	Código da Obra:
Número da nota fiscal substituída:	Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1529 / 00000043972-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MED55 PRESTACOES DE SERVICOS MEDICOS LTD
<b>CPF/CNPJ:</b>	20.768.668/0001-90
<b>Valor:</b>	R\$ 12.200,12
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 213 MED55
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 14:23:06

<b>Código da operação:</b>	00148346
<b>Chave de segurança:</b>	GMN9TM1JHHZ5HVML

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 09:23:44  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 25 / E  
Código de Verificação: DaDLNI7sG

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 46.020.248/0001-15  
Nome/Razão Social: SILVIO LUIZ S JUNIOR LTDA  
Endereço: RUA DAS GLICINIAS 150 MOTORAMA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12224-170  
Telefone: (12) 8133-8530  
Inscrição Municipal: 430227  
E-mail: silvioluizjr@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: notas.ponte@incs.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 9 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Silvio Luiz De Souza Junior, no mês de dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863059900 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
11.700,00	0,00	0,00	11.700,00	2,000000	234,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	175,50	76,05	351,00	0,00	117,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
11.700,00	719,55	0,00	10.980,45

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00080341189-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SILVIO LUIZ S JUNIOR LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.020.248/0001-15
<b>Valor:</b>	R\$ 10.980,45
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 25 SILVIO LUIZ
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 14:25:07

<b>Código da operação:</b>	00148808
<b>Chave de segurança:</b>	TWQR8L8L4RCQPQW8

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 09:14:46  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 43 / E  
Código de Verificação: 3J69MEWg1

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 41.675.110/0001-30  
Nome/Razão Social: FERNANDA MUNIZ DE SOUSA LTDA  
Endereço: RUA CELIO JOSE DOS SANTOS 72 APT 161 RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-023  
Telefone: (21) 8002-9855  
Inscrição Municipal: 416869  
E-mail: contato@easydr.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 2,5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Fernanda Muniz de Sousa, no mês de dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS ; INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DADOS BANCÁRIOS:  
BANCO NUBANK  
AG:0001  
CC:17981226-5

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
3.250,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
3.250,00	0,00	0,00	3.250,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00017981226-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FERNANDA MUNIZ DE SOUSA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	41.675.110/0001-30
<b>Valor:</b>	R\$ 3.250,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 43 FERNANDA MUNIZ
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 14:27:03

<b>Código da operação:</b>	00149067
<b>Chave de segurança:</b>	F4KA5ZQSN7UNFTXU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAREÍ</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS</b> <b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E</b>			Número da Nota <b>4</b>		
				Data de Emissão <b>30/01/2023</b>		
				Código de Verificação * <b>YQO4-7BU3</b>		
				Série <b>NE</b>		
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>						
CPF/CNPJ: <b>48.536.629/0001-87</b> Inscrição Municipal: <b>81132</b> Nome/Razão Social: <b>APS SANTOS SERVICOS MEDICOS LTDA</b> Endereço: <b>Rua JUCA AZEVÉDO 03 - APT 114 - SETOR 03 - CEP: 12308070</b> Município: <b>JACAREI</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>clientes@hpcontabil.com.br</b>						
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>						
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b> Inscrição Municipal: Endereço: <b>Rua ALZIRIO LEBRÃO 76 - - ALTO DA PONTE - CEP: 12212500</b> Município: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>incs@incs.me.br</b>						
<b>ITEM DA LISTA DE SERVIÇO DO MUNICÍPIO</b>						
<b>8630599 - 8630599 - ATIVIDADES DE ATENÇÃO AMBULATORIAL NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE</b>						
<b>LISTA DE SERVIÇOS ANEXA À LEI COMPLEMENTAR Nº 116, DE 31 DE JULHO DE 2003</b>						
<b>04.01 - Medicina e biomedicina;</b>						
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO DIA 30/01/2023, EM SAO JOSE DOS CAMPOS - SP</b>						
Serviço Prestado Plantão - Nota fiscal referente 6hs de plantão realizado no mês de: Dezembro/2022 Pela profissional Médica - Dra. Ana Paula da Silva Santos  "Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS ? INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."						
Valor do Serviço <b>R\$ 650,00</b>		Deduções <b>R\$ 0,00</b>	Desconto Incond. <b>R\$ 0,00</b>	Base de Cálculo <b>R\$ 650,00</b>	Alíquota (%) <b>2,00</b>	Valor do ISS (R\$) <b>13,00</b>
Desconto Cond. <b>R\$ 0,00</b>	Retenção INSS <b>R\$ 0,00</b>	Retenção PIS <b>R\$ 4,23</b>	Retenção COFINS <b>R\$ 19,50</b>	Retenção CSLL <b>R\$ 6,50</b>	Retenção IRRF <b>R\$ 0,00</b>	Outras Retenções <b>R\$ 0,00</b>
<b>VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 650,00</b>						
<b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 619,77</b>						
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>						
- Tributação no Município de JACAREI - SP pelo Prestador: APS SANTOS SERVICOS MEDICOS LTDA						

\*A autenticidade desta Nota Fiscal deverá ser confirmada no site da Prefeitura.



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0395 / 00000051782-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	APS SANTOS SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	48.536.629/0001-87
<b>Valor:</b>	R\$ 619,77
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 4 APS SANTOS
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 14:56:13

<b>Código da operação:</b>	00153017
<b>Chave de segurança:</b>	YY1286AL59GXS6J2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



MUNICIPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO  
Secretaria Municipal de Finanças

Nº da Nota - Serie  
0000000002 - E

Autenticidade  
MO4L-EVUK

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data de Emissão . . . . : 30/01/2023 10:09:09

Competência (Serv.) : 01/2023



PRESTADOR DE SERVIÇOS.

Razão Social.: IAGO FERNANDES SAUDE LTDA

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 48.833.894/0001-27 IM: 991514 IE: Fone: (44) 3025-2182

Endereço.....: RUA RUA MAJOR JOAQUIM MONTEIRO PATTO, 31 PAV 04, JARDIM DAS MONÇÕES - CEP: 12050620

Município.....: Taubaté UF: Email: contrato@medcontabil.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 09.268.215/0010-53 IM: IE: Fone: (15) 3035-2779

Endereço.....: RUA RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE

Município.....: SAO JOSE DOS CAMPOS UF: SP

Email.....: incs@incs.me.br.

LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Cidade.....: Taubate

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

Referente a 6 plantões médicos prestados pelo Dr. Iago Fernandes De Almeida no mês de Dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA alto da ponte em conformidade com o contrato de gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS - instituto nacional de ciencias da saude e a prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dados Bancários:

CPF/CNPJ: 48833894000127

Banco: 260 - NU PAGAMENTOS S.A (NUBANK) 18236120

Conta: 50452710 - 8

Agência: 0001

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 172.16.20.60  
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através  
do site:

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
401 - Medicina e biomedicina.

Código de Atividade (CNAE)  
8630503 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	8.350,00	2,0000%	167,00	8.350,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 8.350,00**



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00050452710-8
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	IAGO FERNANDES SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	48.833.894/0001-27
<b>Valor:</b>	R\$ 8.350,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 2 IAGO FERNANDES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 14:57:46

<b>Código da operação:</b>	00153182
<b>Chave de segurança:</b>	LAVFM2Z9RFTGS4GS

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e: 18/01/2023 10:04:13  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 270 / E  
Código de Verificação: NeABAhqA8

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: 45.224.465/0001-64  
Nome/Razão Social: SIMONE REGINA GOMES 38283378805  
Endereço: RUA CHARLES DIAMOND 110 APT 93, BLOCO 4 COPACABANA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12221-150  
Telefone: (12) 98894-1080  
Inscrição Municipal: 427590  
E-mail: fielexpress.brasil@hotmail.com

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

SERVIÇOS DE MOTOBOY PRESTADOS EM DEZEMBRO DE 2022.  
DADOS PARA PAGAMENTO.  
BANCO BRADESCO  
AGENCIA: 6012  
CONTA CORRENTE JURIDICA:9541-9  
SIMONE REGINA GOMES  
CNPJ:45.224.465/0001-64  
\*\*VENCIMENTO PARA 30 DE JANEIRO DE 2023.

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 532020200 - SERVIÇOS DE ENTREGA RÁPIDA  
Serviço: 2601 - SERVICOS DE COLETA, REMESSA OU ENTREGA DE CORRESPONDENCIAS, DOCUMENTOS, OBJETOS, BENS OU  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: -  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples MEI

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
14.075,00	0,00	0,00	14.075,00		0,00

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
14.075,00	0,00	0,00	14.075,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Número da nota fiscal substituída:  
Código da Obra:  
Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6012 / 00000009541-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	SIMONE REGINA GOMES
<b>CPF/CNPJ:</b>	45.224.465/0001-64
<b>Valor:</b>	R\$ 14.075,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 270 SIMONE GOMES
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 15:44:35

<b>Código da operação:</b>	00159281
<b>Chave de segurança:</b>	CSJ81XK79FP564CJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 11:04:44  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 38 / E  
Código de Verificação: G6v49TVcb

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 17.748.669/0002-40  
Nome/Razão Social: M. H. SERVICOS MEDICOS EIRELI - ME  
Endereço: AVENI MARECHAL CASTELO BRANCO 504 APT 34 BELA VISTA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12209-002  
Telefone: ( ) -  
Inscrição Municipal: 414678  
E-mail: cont.precisao@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: ( ) -  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 13 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Marialvã Ceravolo Rodrigues, no mês de dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos. dados bancário agencia 1663-2 c/c 19162-0 MH SERVIÇOS MEDICOS EIRELI BANCO BRASIL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,  
Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
19.499,48	0,00	0,00	19.499,48	2,000000	389,98

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	292,49	126,75	584,98	0,00	194,99	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
19.499,48	1.199,21	0,00	18.300,27

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1663 / 00000019162-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	M. H. SERVICOS MEDICOS EIRELI ME
<b>CPF/CNPJ:</b>	17.748.669/0002-40
<b>Valor:</b>	R\$ 18.300,27
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 38 M H SERVICOS M
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 15:46:30

<b>Código da operação:</b>	00159499
<b>Chave de segurança:</b>	7NAREZAEWU979SY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

**MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA**

Secretaria de Finanças - Divisão de Fiscalização

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
54/NFEData e Hora de Emissão  
30/01/2023 11:49:52Código de Verificação  
0C43F2B953F672C323B4

Página 1 / 2

## DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 42.071.445/0001-02 IE: ISENTA IM: 31177  
Razão Social: T. A. SENTINELLO SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço : RUA JOSE LUDGERO SIQUEIRA - Num: 106  
Bairro : VILA SAO JOAO - CEP: 12.281-440  
Município : CAÇAPAVA - SP Telefone: (17)3833-1899  
E-mail : escbrasil.estrela@gmail.com

## Dados da Nota

## TOMADOR



CNPJ : 09.268.215/0010-53 IE: IM:  
Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço : RUA ALZIRIO LEBRAO - Num: 76. Bairro: ALTO DA PONTE - CEP: 12.212-500  
Município : SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

## Local de Prestação de Serviço

Endereço : RUA ALZIRIO LEBRAO - Num: 76. Bairro: ALTO DA PONTE - CEP: 12.212-500  
Município : SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

## Discriminação do Serviço

"Nota fiscal referente 6,5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Thais Alessandra Sentinello, no mês de dezembro de 2022.

"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."

## DADOS BANCÁRIOS:

BANCO SICOOB: 756  
AGÊNCIA: 5052  
CONTA CORRENTE: 19.970-2

## Dedução / Outras Informações

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.450,00**

Código do Serviço: 04.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASA DE SAUDE, PRONTOS SOCORROS, AMBULATO

Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	ISS Retido na Fonte (R\$)
0,00	8.450,00	2,66	224,77	0,00

Total Tributos: 224,77. Percentual: 2,66%

## Dados do Vencimento

Valor Documento R\$: 8.450,00 Forma Pcto: A VISTA  
Valor por extenso: Oito Mil Quatrocentos e Cinquenta Reais

## Outras Informações

- DADOS BANCÁRIOS:  
BANCO SICOOB: 756  
AGÊNCIA: 5052  
CONTA CORRENTE: 19.970-2



MUNICÍPIO DE CAÇAPAVA

Secretaria de Finanças - Divisão de Fiscalização

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
54/NFE

Data e Hora de Emissão  
30/01/2023 11:49:52

Código de Verificação  
0C43F2B953F672C323B4

Página 2 / 2

Recebi(emos) de T. A. SENTINELLO SERVICOS MEDICOS LTDA  
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

Dados que identificam a nota

Número da Nota  
54/NFE

Emissão  
30/01/2023 11:49:52

Código de verificação  
0C43F2B953F672C323B4



/ /

Data

Identificação do Recebedor

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000019970-2
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	T. A. SENTINELLO SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.071.445/0001-02
<b>Valor:</b>	R\$ 8.450,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 54 T A SENTINELLO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 15:48:03

<b>Código da operação:</b>	00159680
<b>Chave de segurança:</b>	99YZ29US4HECU81E

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 31/01/2023 VALOR TOTAL: R\$ 18.980,76 DESTINATÁRIO: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - R ALZIRIO LEBRAO, 76 ALTO DA PONTE SAO JOSE DOS CAMPOS-SP

NF-e  
Nº. 000.001.916  
Série 000

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTICA, GESTÃO  
ESTRADA VELHA DE SOROCABA, 246  
GRANJA VIANA - 06709-320  
COTIA - SP Fone/Fax:

DANFE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.001.916  
Série 000  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3523 0110 5629 1400 0108 5500 0000 0019 1613 4675 2198

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

135230160559328 - 31/01/2023 15:54:23

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

278354753114

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

10.562.914/0001-08

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

CNPJ / CPF

09.268.215/0010-53

DATA DA EMISSÃO

31/01/2023

ENDEREÇO

R ALZIRIO LEBRAO, 76

BAIRRO / DISTRITO

ALTO DA PONTE

CEP

12212-500

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

31/01/2023

MUNICÍPIO

SAO JOSE DOS CAMPOS

UF

SP

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

15:49:00

PAGAMENTO

Forma Outros  
Valor R\$ 18.980,76

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. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18.980,76
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.649,15	0,00	18.980,76

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE  
1-Por conta do Dest

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

20

ESPÉCIE

VOLUME

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
1641	ATROPINA 0.25MG/ML	30049039	041	5102	UN	240,0000	1,4600	350,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1118	CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML	31042010	041	5102	UN	90,0000	0,6500	58,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1112	CLARITROMICINA 500MG EV	30042029	041	5102	UN	150,0000	7,7200	1.158,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
191	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML	30049041	041	5102	UN	2.160,0000	1,4400	3.110,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
987	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 25 MG/ML 2 ML	30049079	041	5102	UN	150,0000	0,2600	39,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1359	BROMOPRIDA 4MG/ML SOL OR 20ML	30049045	041	5102	UN	30,0000	8,4800	254,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1342	CAPTOPRIL 50MG	30049069	041	5102	UN	450,0000	0,0900	40,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1277	CARVAO ATIVADO 50G	44029000	041	5102	UN	30,0000	40,8000	1.224,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41754	DIAZEPAM 10MG	30049064	041	5102	UN	600,0000	0,1700	102,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1093	DICLOFENACO SODICO 50MG	30049037	041	5102	UN	300,0000	0,3100	93,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1215	FENOTEROL 5MG/ML 20ML	30039079	041	5102	UN	6,0000	3,9100	23,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1160	IBUPROFENO 300MG	30049029	041	5102	UN	300,0000	0,3400	102,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1132	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML GTS 10ML	30049041	041	5102	AP	30,0000	6,9700	209,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
889	CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML	30039033	041	5102	UN	1.200,0000	10,1800	12.216,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"

II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS E ISS."

DADOS BANCARIOS:

BANCO BRADESCO (237)

AGENCIA 1416-8 C/C 577732-1

NOTA FISCAL EMITIDA EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTAO Nº 559/2022, PACTUADO

ENTRE O INCS-INSTITUTO NACIONAL DE

CIENCIAS DA SAUDE E P. M. DE SAO JOSE DOS CAMPOS - OC 20230103039 AP

MATERIAL ENTREGUES A UP A ALTO DA PONTE

ENDEREÇO: Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos SP

Trib. Aprox. R\$: 5.649,15 Federal e 0,00 Estadual

Fonte IBPT

Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 5.649,15

RESERVADO AO FISCO

Cotia, 27 de janeiro de 2023.

**ESPELHO DE NOTA FISCAL  
MEDICAMENTOS  
N° 270123****Para INCS – INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
UPA ALTO DA PONTE CNPJ- 09.268.215/0001-62**

A Ético Farma 360 Inteligência Farmacêutica, Gestão inscrita no CNPJ- 10.562.914/0001-08, vem por meio deste relacionar os itens a serem entregues na unidade descrita a cima, conforme a ordem de compra número: 202301221043.AP

**\*DADOS BANCARIOS****BANCO BRADESCO (237)****AGENCIA 3955 C/C-7732-1**

Descrição	Medida	Quantidade	Valor Unit	Total
ATROPINA 0,25MG / ML	AMPOLA	240	R\$ 1,46	R\$ 350,40
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMP DE 10ML- IV	AMP	90	R\$ 0,65	R\$ 58,50
CLARITROMICINA 500MG EV	F/A	150	R\$ 7,72	R\$ 1.158,00
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG/2ML AMP-IV/IM	AMP	2160	R\$ 1,44	R\$ 3.110,40
PROMETAZINA CLORIDRATO 25MG/ML AMP 2ML-IM	AMP	150	R\$ 0,26	R\$ 39,00
BROMOPRIDA 4MG/ML 20ML FRC	FCO	30	R\$ 8,48	R\$ 254,40
CAPTOPRIL 50MG COMP	COM	450	R\$ 0,09	R\$ 40,50
CARVÃO ATIVADO ENVELOPE 50G ENV	ENV	30	R\$ 40,80	R\$ 1.224,00
DIAZEPAM 10MG COMP	COM	600	R\$ 0,17	R\$ 102,00
DICLOFENACO SÓDIO 50MG COMP	COM	300	R\$ 0,31	R\$ 93,00
FENOTEROL BROMIDRATO 5MG/ML FRC 20ML	FCO	6	R\$ 3,91	R\$ 23,46
IBUPROFENO 300MG COMP	COM	300	R\$ 0,34	R\$ 102,00
METOCLOPRAMIDA 4MG/ML GOTAS 10ML FRC	FCO	30	R\$ 6,97	R\$ 209,10
SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 250ML	BL	1200	R\$ 10,18	R\$ 12.216,00
			<b>Total</b>	<b>R\$ 18.980,76</b>



---

Nathalia P. Soares  
Vendedora



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Nathalia P. Soares'.

Ético Farma 360 Inteligência Farmacêutica, Gestão,  
Suprimentos e Equipamentos para Saúde – Eireli  
CNPJ.: 10.562.914/0001-08  
Estrada Velha de Sorocaba (Atual Adib Auada), 246  
Granja Viana, Cotia - SP

 (11) 4702-0608

 [comercial@eticofarma.com.br](mailto:comercial@eticofarma.com.br)



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	3955 / 00000007732-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ETICO FARMA 360 INTELIGENCIA FARMACEUTIC
<b>CPF/CNPJ:</b>	10.562.914/0001-08
<b>Valor:</b>	R\$ 18.980,76
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 270123 ETICO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 16:07:58

<b>Código da operação:</b>	00162288
<b>Chave de segurança:</b>	QSQ5SQ6T8NM8JW16

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

RECEBEMOS DE FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 28609
		SÉRIE: 1

 <b>FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA</b> AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>Nº 28609</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 6</b>	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>35230224711499000103550010000286091915873150</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>
--	--	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135230174452895 02/02/2023 15:55</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>636247590110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR	CNPJ <b>24711499000103</b>

<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b>		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>		<b>09268215000162</b>	<b>02/02/2023</b>	
ENDEREÇO <b>AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393 - AN</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Parque Campolim</b>	CEP <b>18047620</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>02/02/2023</b>	
MUNICÍPIO <b>SOROCABA</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>15:25</b>

<b>FATURA</b>
---------------

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST SUBSTI	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	92337,54	
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	92337,54

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
RAZÃO SOCIAL <b>F D SANCHES TRANSPORTES - ME</b>	FRETE POR CONTA EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO <b>RUA CHAVANTES, 75, JD. AGUAPEU</b>	MUNICÍPIO <b>MONGAGUA</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>459075622119</b>		
QUANTIDADE <b>87</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO <b>COD 51330</b>	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
7894164008735	ABIDOR GOTAS 15ML Lote: 22J0566, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 8,95	30039099	060	5405	UN	150,00	3,30	495,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898179363339	AGUA INECAO 10ML AMPOLA 200'S FARMARIN L:P10922 F:03/22 V:03/24	30049099	060	5405	UN	3,00	126,00	378,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896004702247	AMOXICILINA 500MG CAPS DURA C/15 GERMED Lote: 3D4855, Validade: 11/2024, Fabricação: 11/2022, PMC: 24,19	30041012	060	5405	UN	20,00	16,50	330,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896006252160	ARTRINID 100MG/ML IV AMPOLA 50'S UNIAO QUIMICA Lote: 2247832, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 445,00	30049029	060	5405	UN	12,00	391,50	4698,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896523206943	BABYMED PDA AZUL 45G L:2220725 F:09/22 V:09/24 10 CXS L:2220724 F:09/22 V:09/24 20 CXS Lote: 2220725, Validade: 09/2024, Fabricação: 09/2022, PMC: 14,98, Qtd.: 10 Lote: 2220724, Validade: 09/2024, Fabricação: 09/2022, PMC: 14,98, Qtd.:	30039014	060	5405	UN	30,00	7,80	234,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Fornecimento de medicamentos no mês de 01/2023 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão nº 559/2022, pactuado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a P. M. de São José dos Campos. OC 20230122.1043 . AP //// // PAGAMENTO ANTECIPADO // BANCO DO BRASIL - AG. 2898-3 C/C. 24855-X //// Local de entrega será no Setor de Al moxari fado, Rua Al ziro Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12212-531	



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA**  
**AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444**

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 28609

SÉRIE: 1

Página 2 de 6

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230224711499000103550010000286091915873150

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230174452895 02/02/2023 15:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
	20													
7896112125051	BEPEBEN 1.200.000UI FRASCO-AMPOLA 50'S Lote: 2505707, Validade: 09/2024, Fabricação: 09/2022, PMC: 936,16	30041013	060	5405	UN	9,00	811,00	7299,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898216367726	CAPTOPRIL 25MG 30'S PHARLAB Lote: 21005976, Validade: 10/2023, Fabricação: 10/2021, PMC: 12,22	30049069	060	5405	UN	3,00	2,10	6,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897917005036	CAPTOPRIL 25MG CPR 30'S ALTEFAR Lote: 061042, Validade: 06/2023, Fabricação: 06/2021, PMC: 4,50	30049059	060	5405	UN	7,00	1,20	8,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896181915041	CARVEDILOL 12,5MG 30'S BIO Lote: 2211767, Validade: 09/2024, Fabricação: 09/2022, PMC: 53,31	30049099	060	5405	UN	6,00	7,50	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896004731261	CARVEDILOL 3,125MG 30'S EMS Lote: 2U1807, Validade: 03/2024, Fabricação: 03/2022, PMC: 40,48	30049099	060	5405	UN	3,00	5,70	17,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896014680603	CEFTRIAXONA 1G PO SOL INJ FRASCO-AMPOLA C/100 BLAU Lote: 22100339, Validade: 08/2024, Fabricação: 08/2022, PMC: 756,29	30042059	060	5405	UN	19,00	544,00	10336,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896112196327	CEFTRIAXONA 1G PO SOL INJ S/DIL C/50 FRASCO-AMPOLA TEUTO Lote: 96320122, Validade: 06/2024, Fabricação: 06/2022, PMC: 291,98	30049099	560	5405	UN	22,00	272,00	5984,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7895296365017	CLOPIDOGREL 75MG 28'S NOVA QUIMICA Lote: 3D5470, Validade: 11/2024, Fabricação: 11/2022, PMC: 93,75	30049099	060	5405	UN	3,00	14,50	43,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898565581668	CLOPIDOGREL 75MG CPR C/30 ACCORD Lote: M2207146, Validade: 04/2024, Fabricação: 05/2022, PMC: 19,00	30049079	260	5405	UN	4,00	18,60	74,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898361700065	CLORETO DE SODIO ISOFARMA 20% 10ML AMPOLA 200'S Lote: 2070263, Validade: 07/2024, Fabricação: 07/2022, PMC: 220,00	30049099	060	5405	UN	1,00	186,00	186,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897780209913	CLOREXIDINA 0,2% AQUOSA TOPICA 100ML RIOHEX L:2203867 F:09/22 V:09/24 150 UNI L:2202724 F:07/22 V:07/24 30 UNI L:2204770 F:12/22 V:12/24 60 UNI	30049047	060	5405	UN	300,00	3,77	1131,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA  
LTDA**  
AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO  
CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11)  
43185444

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1

1 - Saída

Nº 28609

SÉRIE: 1

Página 3 de 6

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230224711499000103550010000286091915873150

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230174452895 02/02/2023 15:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7896006239239	L:2204739 F:12/22 V:12/24 60 UNI CORTISONAL 100ML SOL INJET AMPOLA C/50 Lote: 2245442, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 457,17	30043210	060	5405	UN	12,00	325,00	3900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896006238737	CORTISONAL 500MG C/50 INJ Lote: 2249255, Validade: 11/2024, Fabricação: 11/2022, PMC: 1.049,62	30043210	060	5405	UN	3,00	462,00	1386,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898122911921	DEXAMETASONA 4MG/ML SOL INJ IV/IM 2,5ML AMP 50'S HYPOFARMA Lote: 22091091, Validade: 09/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 267,00, Qtd.: 2 Lote: 22090839, Validade: 09/2024, Fabricação: 09/2022, PMC: 267,00, Qtd.: 28	30049099	060	5405	UN	30,00	170,00	5100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896714232966	DIAZEPAM 5MG C/30 CPR NEO QUIMICA Lote: B22J2689, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 4,39	30049064	560	5405	UN	10,00	3,90	39,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898122912447	DICLOF SODICO 25MG/ML SOL INJ 3ML 100'S HYPOFARMA Lote: 22070664, Validade: 07/2024, Fabricação: 08/2022, PMC: 411,72	30039047	060	5405	UN	6,00	225,00	1350,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896112190455	DICLOF SODICO 25MG/ML SOL INJ 3ML AMPOLA C/100 TEUTO Lote: 9045070, Validade: 04/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 340,00	30049037	060	5405	UN	24,00	225,00	5400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896862940027	DIPIMED GTS 10ML Lote: O22292, Validade: 08/2024, Fabricação: 08/2022, PMC: 5,24	30039099	060	5405	UN	300,00	2,68	804,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896112126584	DIPIRONA 500MG AMPOLA 2ML C/120 TEUTO Lote: 26584721, Validade: 07/2024, Fabricação: 07/2022, PMC: 1.360,45	30049069	060	5405	UN	10,00	376,80	3768,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898123906421	DIPIRONA AMPOLA 2ML 100'S HIPOLABOR Lote: Z038/22M, Validade: 06/2024, Fabricação: 07/2022, PMC: 640,03	30049069	060	5405	UN	3,00	314,00	942,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896112136378	DOBUTAMINA 250MG AMPOLA 20ML 50'S TEUTO Lote: 3637567, Validade: 06/2024, Fabricação: 06/2022, PMC: 624,00	30049099	060	5405	UN	1,00	285,90	285,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896622304847	DRAMAVIT B6 GTS 20ML	30039019	060	5405	UN	30,00	10,90	327,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA**  
**AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444**

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 28609

SÉRIE: 1

Página 4 de 6

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230224711499000103550010000286091915873150

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230174452895 02/02/2023 15:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7898166042032	Lote: B22K0687, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 16,80 ESCOLAMINA 20MG/ML 1ML AMPOLA C/100 FARMACE	30039099	060	5405	UN	12,00	267,00	3204,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7891317431358	Lote: HS221036, Validade: 09/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 734,88 ESPIRONOLACTONA 25MG 30'S EURO	30043220	060	5405	UN	3,00	15,90	47,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898404221168	Lote: 800330, Validade: 06/2024, Fabricação: 06/2022, PMC: 25,23 FUROSEMIDA 20MG SOL INJ 2ML AMPOLA C/100 SANTISA	30049076	060	5405	UN	3,00	336,00	1008,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898007677584	Lote: 20212122, Validade: 11/2024, Fabricação: 11/2022, PMC: 474,00 GLICOSE 5% BOLSA 250ML L:2215216 V:07/24 40 UNI L:2213787 V:06/24 60 UNI	30049099	060	5405	UN	100,00	10,14	1014,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898166040458	Lote: 22M111750, Validade: 12/2024, Fabricação: 12/2022, PMC: 173,23 GLICOSE SOLUCAO 50% SOL INJ IV 10ML C/200 FRASCOS FARMACE	30049099	060	5405	UN	3,00	164,00	492,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898122911587	Lote: 22M111750, Validade: 12/2024, Fabricação: 12/2022, PMC: 173,23 HYPLEX B SOL INJ 2ML AMPOLA C/100 HYPOFARMA Lote: 22050417, Validade: 05/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 768,80, Qtd.: 1 Lote: 22080683, Validade: 08/2024, Fabricação: 11/2022, PMC: 768,80, Qtd.: 2 Lote: 22080685, Validade: 08/2024, Fabricação: 12/2022, PMC: 768,80, Qtd.: 1 Lote: 22091131, Validade: 09/2024, Fabricação: 11/2022, PMC: 768,80, Qtd.: 1	30039019	060	5405	UN	5,00	670,00	3350,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898133133190	Lote: 22M111750, Validade: 12/2024, Fabricação: 12/2022, PMC: 173,23 IBUPROTRAT 50MG GOTAS 30ML EMB HOSP Lote: 0013580, Validade: 05/2024, Fabricação: 05/2022, PMC: 8,55	30049099	060	5405	UN	60,00	8,55	513,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7894916550031	Lote: 3B2973, Validade: 04/2024, Fabricação: 04/2022, PMC: 15,00 ISORDIL SUBLING 5MG 30'S	30049059	060	5405	UN	3,00	12,90	38,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
149360	Lote: 22002965, Validade: 06/2024, Fabricação: 06/2022, PMC: 7,63 LABCAINA GELEIA 30G BISNAGA HOSP	30049099	060	5405	UN	60,00	4,52	271,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA**  
**AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11) 43185444**

**DANFE**

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 28609

SÉRIE: 1

Página 5 de 6

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230224711499000103550010000286091915873150

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230174452895 02/02/2023 15:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7898060132600	LOPERAMIDA 2MG 12'S GLOBO Lote: 260030/22, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 5,81	30039072	060	5405	UN	3,00	3,48	10,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898049790180	LORASLIV 10MG 12'S Lote: 70534, Validade: 07/2024, Fabricação: 07/2022, PMC: 14,58	30049039	060	5405	UN	13,00	2,40	31,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896112175216	MIDAZOLAM 5MG/ML AMPOLA C/5 (B1) TEUTO Lote: L146384A0, Validade: 02/2024, Fabricação: 02/2022, PMC: 19,75	30049069	060	5405	UN	24,00	19,75	474,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898123908975	MORFINA 10MG/ML SOL INJ 1ML AMPOLA 100'S HIPOLABOR (A1) Lote: AZ013/22M, Validade: 04/2024, Fabricação: 05/2022, PMC: 507,06	30049099	560	5405	UN	1,00	395,00	395,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896006272717	NAUSICALM B6 50MG SOL INJET IM 1ML AMPOLA C/50 Lote: 2229215, Validade: 07/2024, Fabricação: 07/2022, PMC: 895,00	30045090	060	5405	UN	6,00	349,50	2097,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896714200064	NEO FEDIPINA 10MG 30'S Lote: B21G0374, Validade: 07/2024, Fabricação: 07/2021, PMC: 20,36	30049062	060	5405	UN	10,00	4,80	48,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896714200125	NEO FEDIPINA 20MG 30'S Lote: B21H1584, Validade: 08/2024, Fabricação: 08/2021, PMC: 31,49	30049062	060	5405	UN	10,00	5,10	51,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896523209142	NEOMICINA+BACITRACINA POM 15G CIMED Lote: 2222837, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 10,70	30039099	060	5405	UN	60,00	6,16	369,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898470684454	NORADREM 2MG/ML 4ML AMPOLA 50'S Lote: AB171/21, Validade: 07/2023, Fabricação: 08/2021, PMC: 399,80	30049099	560	5405	UN	1,00	311,50	311,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898123907817	NOREPINEFRINA 2MG/ML AMPOLA 4ML 50'S HIPOLABOR Lote: AB016/22M, Validade: 04/2024, Fabricação: 05/2022, PMC: 1.100,00	30049099	060	5405	UN	2,00	311,50	623,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897705200070	NOVOLIN R 100UI 10ML (G) Lote: MZF1Y80, Validade: 05/2024, Fabricação: 12/2021, PMC: 64,46	30043100	060	5405	UN	30,00	24,42	732,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896004701967	OMEPRAZOL 20MG 28'S EMS Lote: 209663, Validade: 11/2023, Fabricação: 11/2021, PMC: 43,31	30049069	060	5405	UN	11,00	3,60	39,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA  
LTD A**  
AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585 - SANTA PAULA, SAO  
CAETANO DO SUL, SP - CEP: 09561-200 - Fone/Fax: (11)  
43185444

### DANFE

Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada

1 - Saída

1

Nº 28609

SÉRIE: 1

Página 6 de 6

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

35230224711499000103550010000286091915873150

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC.ADQ.OU REC.TERC.SUJ.ST

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135230174452895 02/02/2023 15:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

636247590110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR

CNPJ

24711499000103

#### DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
713100015170	POLARADEX 0,4MG/ML FRASCO 100ML C/50 Lote: 15170, Validade: 07/2024, Fabricação: 08/2022, PMC: 469,74	30049069	060	5405	UN	2,00	326,00	652,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897780203645	RIOHEX 0,5% ALCOOLICA 100ML L:	30049047	060	5405	UN	90,00	3,88	349,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897780203669	RIOHEX 2% DEGERMANTE TENSOATIVO 100ML	30049047	060	5405	UN	90,00	8,28	745,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898007676235	SORO FISIOL AMPOLA 10ML 200'S EQUIPLEX L:2232369 F:10/22 V:10/24	30049099	060	5405	UN	5,00	122,00	610,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896137600458	SORO FISIOL JP BOLSA 0,9% 100ML L:308922 F:11/22 V:11/24	30049099	060	5405	UN	1500,00	8,42	12630,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
149602	SULFADIAZINA PRATA CREM 50G NATIVITA BISNAGA Lote: 220877, Validade: 10/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 35,80	30049072	060	5405	UN	30,00	35,80	1074,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898123908845	TRAMADOL 50MG SOL INJ 1ML AMPOLA 100'S HIPOLABOR (C1) Lote: AW023/22, Validade: 09/2024, Fabricação: 10/2022, PMC: 650,00	30049039	060	5405	UN	12,00	549,00	6588,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val Tributos Não Apurado R\$92.337,54 (100,00%)



## FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPOR

CNPJ: 24.711.499/0001-03

I.E.: 636247590110

Endereço: AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585

Bairro: SANTA PAULA

Fone: (11) 4318 5444

E-mail: administrativo@four.med.br

CEP: 09.561-200

Cidade: SAO CAETANO DO SUL-SP

Data: 27/01/2023 16:05

Vendedor: AL5

Forma Pcto.: Credíário

Detalhe: 01A INCS - PQ CAMPOLIM SOROC Parcelas: 1

### Cliente

Nome: INCS - PQ CAMPOLIM SOROCABA

CPF/CNPJ: 09.268.215/0001-62

Endereço: AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393

Bairro: Parque Campolim

Complemento: ANDAR 5 SALA 51

Cidade: SOROCABA-SP

Telefone:

E-mail:

Celular:

### Entrega

Endereço: AVENIDA ANTÔNIO CARLOS COMITRE, 1393

Bairro: Parque Campolim

Complemento: ANDAR 5 SALA 51

Cidade: SOROCABA-SP

Região:

Telefone:

Data Hora: 28/01/2023 16:10

Troco Para:

Observação: OC 20230122.1043.AP

Local de entrega será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzairo Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12212-531

### Itens

Cód. Barras	Produto	Fabricante	Qtd.	Preço	% Desc.	Total
7894164008735	ABIDOR GOTAS 15ML	AIRELA	150	8,95	63,13	495,00
7898179363339	AGUA INECAO 10ML AMPOLA 200'S FARMARI	FARMARIN	3	151,84	17,02	378,00
7896004700441	AMOXICILINA 500MG 15'S EMS	EMS	20	29,94	44,89	330,00
7896523206943	BABYMED PDA AZUL 45G	CIMED	30	14,98	47,93	234,00
7896112125051	BEPEBEN 1.200.000UI FRASCO-AMPOLA 50'S	TEUTO	9	936,16	13,37	7.299,00
7898216367726	CAPTOPRIL 25MG 30'S PHARLAB	PHARLAB	10	12,22	82,82	21,00
7896181915041	CARVEDILOL 12,5MG 30'S BIO	BIOSINTETICA	6	53,31	85,93	45,00
7896004731261	CARVEDILOL 3,125MG 30'S EMS	EMS	3	40,48	85,92	17,10
7896014687923	CEFTRIAXONA 1G PO INJET EV FRASCO-AMP	BLAUSIEGEL	30	1.650,00	67,03	16.320,00
7896676411096	CETOPROFENO 100MG IV FRASCO-AMPOLA 2	CRISTALIA	12	391,50	0,00	4.698,00
7898565581668	CLOPIDOGREL 75MG CPR C/30 ACCORD	ACCORD	6	19,00	2,11	111,60
17898415822016	CLOR DE SODIO 0,9% 10ML SAMTEC X 200	SAMTEC	5	150,00	18,67	610,00
7898361700065	CLORETO DE SODIO ISOFARMA 20% 10ML AM	ISOFARMA	1	220,00	15,45	186,00
7897780209913	CLOREXIDINA 0,2% AQUOSA TOPICA 100ML R	RIOQUIMICA	300	3,99	5,51	1.131,00
149703	CLOREXIDINA 0,5% ALCOOLICO FRASCO 100	DIVERSOS	90	4,45	12,81	349,20
149704	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% FRASCO 100	DIVERSOS	90	6,89	26,27	457,20
7898122911921	DEXAMETASONA 4MG/ML SOL INJ IV/IM 2,5ML	HYPOFARMA	30	267,00	36,33	5.100,00
7894916147729	DIAZEPAM 5MG 30'S GERMED (B1)	GERMED	10	14,32	72,77	39,00
7896006249474	DICL SODICO 75MG SOL INJET AMPOLA 3ML 5	UNIAO QUIMICA	600	11,25	0,00	6.750,00
7898166040854	DIPIRONA 500MG GOTAS 10ML FARMACE	FARMACE	300	260,93	98,97	804,00
7898123906421	DIPIRONA AMPOLA 2ML 100'S HIPOLABOR	HIPOLABOR	15	640,03	50,94	4.710,00
2720960000121	DOBUTAMINA 12,5MG/ML AMPOLA	TEUTO	30	9,53	0,00	285,90
7898166042032	ESCOPOLAMINA 20MG/ML 1ML AMPOLA C/100	FARMACE	12	734,88	63,67	3.204,00
7891317431358	ESPIRONOLACTONA 25MG 30'S EURO	EUROFARMA	3	25,23	36,98	47,70
7898123905813	FUROSEMIDA 10MG/ML SOL INJ 2ML C/100AM	HIPOLABOR	3	336,00	0,00	1.008,00
7898361700034	GLICOSE 50% SOL INJ IV 10ML AMPOLA 200'S	ISOFARMA	3	254,73	35,62	492,00
7898007677584	GLICOSE 5% BOLSA 250ML	EQUIPLEX	100	12,87	21,21	1.014,00
7896014688296	HIDROCORTISONA 100MG INJET FRASCO-AM	BLAUSIEGEL	12	414,99	21,68	3.900,00
7896014688319	HIDROCORTISONA 500MG INJET FRASCO-AM	BLAUSIEGEL	3	462,00	0,00	1.386,00
7898122911587	HYPLEX B SOL INJ 2ML AMPOLA C/100 HYPOF	HYPOFARMA	5	768,80	12,85	3.350,00
7898133133190	IBUPROTRAT 50MG GOTAS 30ML EMB HOSP	NATULAB	60	8,55	0,00	513,00

**FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPOR**

CNPJ: 24.711.499/0001-03

I.E.: 636247590110

Fone: (11) 4318 5444

E-mail: administrativo@four.med.br

Endereço: AV PRESIDENTE KENNEDY, 2585

CEP: 09.561-200

Bairro: SANTA PAULA

Cidade: SAO CAETANO DO SUL-SP

Cód. Barras	Produto	Fabricante	Qtd.	Preço	% Desc.	Total
7894916550031	ISORDIL SUBLING 5MG 30'S	SIGMA	3	15,00	14,00	38,70
149360	LABCAINA GELEIA 30G BISNAGA HOSP	PHARLAB	60	7,63	40,76	271,20
7898060132600	LOPERAMIDA 2MG 12'S GLOBO	GLOBO	3	5,81	40,10	10,44
7898049790180	LORASLIV 10MG 12'S	VITAMEDIC	13	14,58	83,54	31,20
7896112175216	MIDAZOLAM 5MG/ML AMPOLA C/5 (B1) TEUTO	TEUTO	24	19,75	0,00	474,00
7898123908975	MORFINA 10MG/ML SOL INJ 1ML AMPOLA 100'	HIPOLABOR	1	507,06	22,10	395,00
7896006272717	NAUSICALM B6 50MG SOL INJET IM 1ML AMP	UNIAO QUIMICA	6	895,00	60,95	2.097,00
7896006271703	NAUSICALM SOL ORAL 20ML	UNIAO QUIMICA	30	14,63	25,50	327,00
7896714200064	NEO FEDIPINA 10MG 30'S	NEO QUIMICA	10	20,36	76,42	48,00
7896714200125	NEO FEDIPINA 20MG 30'S	NEO QUIMICA	10	31,49	83,80	51,00
04060154	NEOMICINA+BACITRACINA 5MG/G+250UI/G 15	PRATI DONADUZZI	60	6,16	0,00	369,60
7898123907817	NOREPINEFRINA 2MG/ML AMPOLA 4ML 50'S H	HIPOLABOR	3	1.100,00	71,68	934,50
7897705200070	NOVOLIN R 100UI 10ML (G)	NOVO NORDISK	30	64,46	62,12	732,60
7896004701967	OMEPRAZOL 20MG 28'S EMS	EMS	11	43,31	91,69	39,60
713100015170	POLARADEX 0,4MG/ML FRASCO 100ML C/50	NATULAB	2	445,00	26,74	652,00
7898919447633	SORO FISIOL 0,9% 1000ML EURO	EUROFARMA	180	20,58	19,05	2.998,80
7896137600427	SORO FISIOL 0,9% 500ML BOLSA JP	JP IND FARMACEUTIC	600	28,00	50,96	8.238,00
7896137600458	SORO FISIOL JP BOLSA 0,9% 100ML	JP IND FARMACEUTIC	2.000	9,48	11,18	16.840,00
149602	SULFADIAZINA PRATA CREM 50G NATIVITA BI	NATIVITA FARMACEU	30	35,80	0,00	1.074,00
7898123908845	TRAMADOL 50MG SOL INJ 1ML AMPOLA 100'S	HIPOLABOR	12	650,00	15,54	6.588,00

**Total 107.496,34****FISCAL**

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2898 / 00000024855-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR E IMPO
<b>CPF/CNPJ:</b>	24.711.499/0001-03
<b>Valor:</b>	R\$ 107.496,34
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	ORC 51330 FOUR MED
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	30/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	30/01/2023 16:34:42

<b>Código da operação:</b>	00165628
<b>Chave de segurança:</b>	H6AQ42WC3XZ3YAUT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
27/01/2023 14:26:56	01/2023	56 / E	m6pTlnAcu

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: **28.678.012/0001-99**  
Nome/Razão Social: **S. W. NAVARRO & GOULART SERVICOS MEDICOS LTDA - EPP**  
Endereço: **TRV SANTA INÊS 30 JARDIM SANTA MADALENA**  
Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
UF: **SP** CEP: **12243-290** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **338087**  
E-mail: **jts.silva@uol.com.br**

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: **09.268.215/0010-53**  
Nome/Razão Social: **INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE**  
Endereço: **Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte**  
Município / País: **SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL**  
UF: **SP** CEP: **12212-500** Telefone: **( ) -**

Inscrição Municipal: **925273**  
E-mail: **antonio.pereira@incs.med.br**

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente a realização de 12 plantões a pela profissional médica, Sara Isabel Navarro, no mês de Dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
Banco Caixa Econômica Federal.  
Agencia 1768  
Conta Corrente - 549-9  
Operação - 003  
Lei n° 13.137/2015 - Retenção de PIS/COFINS/CSLL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: **861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO**  
Serviço: **0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>PRESTADOR</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>NÃO OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>-</b>

**CALCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
15.599,52	0,00	0,00	15.599,52	2,000000	311,99

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	233,99	101,40	467,99	0,00	156,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
15.599,52	959,38	0,00	14.640,14

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF:   
Número da nota fiscal substituída:   
Código da Obra:   
Regra especial:



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 1768 / 003 / 00000549-9

**Nome destinatário:** S. W. NAVARRO & GOU SERV MEDICOS

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 14.640,14

**Data de débito:** 30/01/2023

**Data/hora da operação:** 30/01/2023 08:18:25

**Código da operação:** 300818

**Chave de segurança:** PV4TZ32RR4UV60X6

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

INCS-INST. NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
 RUA ALZIRO LEBRAO,, 76 - TERREO ALTO DA PONTE  
 12212-500 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP

**Recibo do Pagador**

		<b>341-7</b>	34191.09008 04358.086470 32003.650002 1 92470000026978				
Local de pagamento <b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ.</b>						Vencimento	31/01/2023
Beneficiário SIND EMPREGS ESTAB DE SERVS SAUDE DE S J				CNPJ: 72.308.372/0001-90		Agência/Código do Beneficiário 6473 / 20036-5	
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista PRAÇA LONDRES, 47 - JARDIM AUGUSTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS / SP - 12216-760							
Data do documento 26/01/2023	Número do documento 109 / 00043580-8		Espécie Documento REC	Aceite N	Data processamento 26/01/2023	Nosso número 109 / 00043580-8	
Uso do banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor 269,78	(=) Valor do documento 269,78	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. Não aceitar pagamento após 31/01/2023 CONTRIB. ASSISTENCIAL REF. 12/2022- CONF. PREVISTO EM CONV. COLETIVA CLAUSULA PRE EXISTENTE HA MAIS DE UM ANO, PERC. 1,5% APÓS O VENCIMENTO COBRAR 2% DE MULTA E 1% DE JUROS.						(-) Descontos/Abatimentos	
						(-) Outras deduções	
						(+)-Mora/Multa	
						(+)- Outros acréscimos	
						(-) Valor cobrado	
Pagador INCS-INST. NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE RUA ALZIRO LEBRAO,, 76-TERREO 12212-500 ALTO DA PONTE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP				CNPJ:09.268.215/0010-53			
Sacador Avalista:				CNPJ:		Código de baixa:	

Autenticação Mecânica

**Via do Banco**

		<b>341-7</b>	34191.09008 04358.086470 32003.650002 1 92470000026978				
Local de pagamento <b>ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ.</b>						Vencimento	31/01/2023
Beneficiário SIND EMPREGS ESTAB DE SERVS SAUDE DE S J				CNPJ: 72.308.372/0001-90		Agência/Código do Beneficiário 6473 / 20036-5	
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista PRAÇA LONDRES, 47 - JARDIM AUGUSTA - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS / SP - 12216-760							
Data do documento 26/01/2023	Número do documento 109 / 00043580-8		Espécie Documento REC	Aceite N	Data processamento 26/01/2023	Nosso número 109 / 00043580-8	
Uso do banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor 269,78	(=) Valor do documento 269,78	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. Não aceitar pagamento após 31/01/2023 CONTRIB. ASSISTENCIAL REF. 12/2022- CONF. PREVISTO EM CONV. COLETIVA CLAUSULA PRE EXISTENTE HA MAIS DE UM ANO, PERC. 1,5% APÓS O VENCIMENTO COBRAR 2% DE MULTA E 1% DE JUROS.						(-) Descontos/Abatimentos	
						(-) Outras deduções	
						(+)-Mora/Multa	
						(+)- Outros acréscimos	
						(-) Valor cobrado	
Pagador INCS-INST. NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE RUA ALZIRO LEBRAO,, 76-TERREO 12212-500 ALTO DA PONTE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP				CNPJ:09.268.215/0010-53			
Sacador Avalista:				CNPJ:		Código de baixa:	

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO





## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

<b>Banco Receptor:</b>	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<b>Pagador Final / Efetivo</b>	
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>Conta de débito:</b>	3915   003   00005591-0

<b>Histórico do Pagamento:</b>	PG BLOQTO
<b>Representação numérica do código de barras:</b>	34191.09008 04358.086470 32003.650002 1 92470000026978
<b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>	ITAU UNIBANCO S.A.
<b>Código do Banco:</b>	341
<b>Código do ISPB:</b>	60701190
<b>Beneficiário original / Cedente</b>	
<b>Nome Fantasia:</b>	<b>SUPREMACIA ASSESSORIA T C L ME</b>
<b>Nome/Razão Social:</b>	<b>SUPREMACIA ASSESSORIA T C L ME</b>
<b>CPF/CNPJ:</b>	<b>28.078.064/0001-24</b>
<b>Pagador Sacado</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INST NACIONAL DE CIENCIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53
<b>Pagador Final - Correntista</b>	
<b>Nome/Razão Social:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Data do Vencimento:</b>	31/01/2023
<b>Data de Efetivação / Agendamento:</b>	31/01/2023
<b>Valor Nominal do Boleto:</b>	269,78
<b>Juros (R\$):</b>	0,00
<b>IOF (R\$):</b>	0,00
<b>Multa (R\$):</b>	0,00
<b>Desconto (R\$):</b>	0,00
<b>Abatimento (R\$):</b>	0,00
<b>Valor Calculado (R\$):</b>	269,78
<b>Valor Pago (R\$):</b>	269,78

**Identificação do Pagamento:** SIND SAUDE UPA PONTE 1222

**Data/hora da operação:** 31/01/2023 07:37:39

**Código da operação:** 031056028

**Chave de segurança:** K1XJSTF87JLHQEWL

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 16:15:55  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 24 / E  
Código de Verificação: Twe4eybvk

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 42.677.979/0001-87  
Nome/Razão Social: COUTRIN SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: RUA ARMANDO DE OLIVEIRA COBRA 260 APARTAMENTO:142 PARQUE RESIDENCIAL AQUARIUS  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12246-002  
Telefone: (12) 9647-8334  
Inscrição Municipal: 419827  
E-mail: legalizacao@contilider.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: (12) 9647-8334  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: legalizacao@contilider.com.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 9 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Rafael Vilela de Azevedo Ruy Coutrin, no mês de dezembro de 2022. Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
13.050,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
13.050,00	0,00	0,00	13.050,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0195 / 00000042633-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	COUTRIN SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	42.677.979/0001-87
<b>Valor:</b>	R\$ 13.050,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 24 COUTRIN
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 08:10:35

<b>Código da operação:</b>	00106320
<b>Chave de segurança:</b>	SHYNCGUXAGG9VXAX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 28/01/2023 18:04:19  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 31 / E  
Código de Verificação: ghZK04baB

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 44.897.422/0001-87  
Nome/Razão Social: MPF SERVICOS EM SAUDE LTDA  
Endereço: RUA DOUTOR FERNANDO COSTA 168 ESPLANADA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12242-570  
Telefone: (12) 8121-1819  
Inscrição Municipal: 426823  
E-mail: adriana.mwcontabilidade@gmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone: -  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: -

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 8 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Mariana Pires Ferreira, no mês de dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dados bancários:  
Banco Brasil  
AG: 1213-0  
C/C : 64134-0

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: NÃO OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: -

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
10.400,00	0,00	0,00	10.400,00	2,000000	208,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	156,00	67,60	312,00	0,00	104,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
10.400,00	639,60	0,00	9.760,40

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: -  
Número da nota fiscal substituída: -  
Código da Obra: -  
Regra especial: -



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1213 / 00000064134-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	MPF SERVICOS EM SAUDE LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	44.897.422/0001-87
<b>Valor:</b>	R\$ 9.760,40
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 31 MPF
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 09:03:40

<b>Código da operação:</b>	00110912
<b>Chave de segurança:</b>	ZAT1802PW6NH7873

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

DADOS DA NFS-e

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 18:27:07  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 605 / E  
Código de Verificação: yDyAz17YS

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 05.240.131/0001-60  
Nome/Razão Social: CENTRO MEDICO ARDUINI S/S LTDA  
Endereço: RUA PAULO SETUBAL 147 SALA:2 VILA ADYANNA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12245-460  
Telefone: ( ) -

Inscrição Municipal: 136682  
E-mail: celia.orgvichi@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:

Inscrição Municipal: 925273  
E-mail: fiscal.ponte@inco.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

com sua alíquota de imp. e valor em reais  
valor aprox.do im. 16,93% =660,27  
Nota fiscal referente 3 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a) ,Mariana Teixeira Arduini, no mês de dezembro de 2022.  
"Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos."

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
3.900,00	0,00	0,00	****	****	****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
3.900,00	0,00	0,00	3.900,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: \_\_\_\_\_  
Número da nota fiscal substituída: \_\_\_\_\_  
Código da Obra: \_\_\_\_\_  
Regra especial: \_\_\_\_\_



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0175 / 00000356883-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CENTRO MEDICO ARDUINI S/S LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	05.240.131/0001-60
<b>Valor:</b>	R\$ 3.900,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 605 CENTRO MEDICO
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 10:36:02

<b>Código da operação:</b>	00123122
<b>Chave de segurança:</b>	KVLLSKH2H1UXG6EE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

**DADOS DA NFS-e**  
Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 16:56:36  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 38 / E  
Código de Verificação: 0D6GeMBWZ

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: 43.292.676/0001-09  
Nome/Razão Social: JP OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTDA  
Endereço: AVENI GUADALUPE 260 APT 104 AMERICA  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12235-000  
Telefone: (35) 9878-2242  
Inscrição Municipal: 421606  
E-mail: legalizacao@grupofatos.com.br

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Nota fiscal referente 4 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), João Paulo Oliveira, no mês de dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Dados bancários  
BANCO BS2  
Banco: 218  
Ag: 0001  
Conta: 984560-7

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

CNAE: 861010202 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO  
Serviço: 0403 - HOSPITAIS, CLINICAS, LABORATORIOS, SANATORIOS, MANICOMIOS, CASAS DE SAUDE, PRONTOS-SOCORROS,

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
5.800,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
5.800,00	0,00	0,00	5.800,00

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	218 - BANCO BS2 S.A. - 71027866
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000984560-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	JP OLIVEIRA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.292.676/0001-09
<b>Valor:</b>	R\$ 5.800,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 38 JP OLIVEIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 10:37:50

<b>Código da operação:</b>	00123325
<b>Chave de segurança:</b>	5TFF13RF4JU98Y1U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 30/01/2023 17:33:34  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 51 / E  
Código de Verificação: Ns1XS67Zr

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 47.326.549/0001-34  
Nome/Razão Social: TORRES PEREIRA CLINICA LTDA  
Endereço: RUA TOTTONI 576 APARTAMENTO:103 JARDIM ORIENTE  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12236-020  
Telefone: (29) 9971-5560  
Inscrição Municipal: 437532  
E-mail: societario@contilider.com.br

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente a realização de 8 plantões pelo(a) profissional médico(a) Edinael Torres Pereira Junior, no mês de Dezembro de 2022.  
Serviços prestados na UPA Alto da Ponte, em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS e INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS  
Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
18.675,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
18.675,00	0,00	0,00	18.675,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00060503984-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	TORRES PEREIRA CLINICA LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	47.326.549/0001-34
<b>Valor:</b>	R\$ 18.675,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 51 TORRES PEREIRA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 10:39:30

<b>Código da operação:</b>	00123512
<b>Chave de segurança:</b>	WU4X9P4PM1VWKMEF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



FORMULÁRIO IN-30  
CDA -CONTROLE DE DESPESAS  
ADMINISTRATIVAS



Local:	São José dos Campos	Número:	
Colaborador:	Daniela Dias Moreira	Período de:	
Cliente:		Função:	Gerente Administrativo

**Despesas Com Combustível**

Combustível (gasolina, álcool):	
<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Viagem**

Uber:		Nº de Diárias:	
Hotel:		Nº de Ref.:	
Refeições:			
Aluguel de veículo			
Transporte:			
Pedágio:			
Estacionamento:			
Outras(____):		<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Conservação do Veículo**

Reparo:	R\$ 0,00		
Lavagem:	R\$ 0,00		
Pneus:	R\$ 0,00		
Outras(____):	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas Diversas**

Carimbos	R\$ 0,00		
Outros	R\$ 45,89		
Descartáveis	R\$ 0,00		
Papelaria	R\$ 80,85		
Reparos	R\$ 0,00		
Treinamento	R\$ 0,00		
Cópias de chave	R\$ 0,00		
Cartórios	R\$ 0,00		
Correios	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 126,74</b>

<b>Total Geral:</b>	R\$ 126,74
<b>Adiantamento:</b>	
<b>Devolução(-)/Reembolso(+):</b>	R\$ 126,74

<b>Assinatura do Colaborador</b>	<p>Daniela Dias Moreira Gerente Administrativa Instituto Nacional de Câncer de São Paulo UBS Telespaulista</p>
----------------------------------	--

<b>Assinatura do Contador</b>	
-------------------------------	--

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

Nº \_\_\_\_\_ 30 de DEZEMBRO de 2022  
Nome: INCS  
End: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Insc.: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

TNT	3,5 mt	12,00
		S
10 475 874/0001-59		
VIVIANE CAMILA BARBOSA PEREIRA		
Rua Benedito Pereira Lima 155		
Jd Telespark - CEP 12212-700		
L São José		
TOTAL		12,00

SP SÃO DOMINGOS

Nº \_\_\_\_\_ 30 de Dezembro de 22  
Nome: INCS  
End: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Insc.: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

1	metro e meio de toalha p/mesa	25,35
01	metro de contact unicolor	8,50
		S
10 475 874/0001-59		
VIVIANE CAMILA BARBOSA PEREIRA ME		
Rua Benedito Pereira Lima 155		
Jd Telespark - CEP 12212-700		
São José dos Campos - SP		
TOTAL		33,85

SP SÃO DOMINGOS

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n.º 559/2022

ARMARINHOS FERNANDO LTDA  
PRACA AFONSO PENA, 280 Nao Informado  
CENTRO - SAO JOSE DOS CAMPOS -  
CNPJ 48.076.228/0029-92 IE 125.399.520.110

CX: 019 COO: 557848 DATA: 29/12/2022 17:50:25  
CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT: Extrato 005045

#	CODIGO	DESCRICAO	UN	VL UNITARIO (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
001	7098968224215	SABONETE LIQUIDO CHALLE	1 UN X	10,99		10,99
TOTAL R\$						10,99
Outros						10,99

OBSERVAÇÕES  
Sabonete creme quem sonega  
Valor Aprox. dos tributos: R\$ 1,46 Fed  
R\$ 1,97 Est Fonte (Lei n 12  
\*Valor aproximado dos tributos do item  
Valor aproximado total dos tributos: R\$ 3,43

SAT No. 001133275  
29/12/2022 - 17:48:35

3522 1248 0377 7777 7777 5900 1133 2750 0504 5366 9809



LOJAS TEDDY ARTIGOS PARA PRESENTES LTDA  
RUA SEBASTIAO MUMEL, 324 - CENTRO  
SAO JOSE DOS CAMPOS - SP - CEP:12210009 -(12) 3913-4339  
CNPJ: 08.460.192/0012-83 - I.E: 645695402110

Extrato No. 002585  
CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	UN	VL UNITARIO (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
07908099200116		CRASS LAVA VIDRO	1 UN	7,99		7,99
07896952514077		KIT SALEIPALIT 1407	1 UN	4,99		4,99
07898502719086		CESTINHA 800ML 1908	6 UN x	1,99		11,94
07898940298019		SACO TECIDO XADREZ G	2 UN x	4,99		9,98
TOTAL R\$						34,90
ARTAO						34,90

No.Serie do SAT 001238326  
29/12/2022 18:26:26

3522 1208 4601 9200 1283 5900 1238 3260 0258 5651 0260



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota"  
disponível na AppStore (Apple) e Play Store (Android)

\*Valor aprox. dos tributos do item

Referente ao cupom 006445

Fonte: IBPT  
Lj:16 Cx:102 Ecf:102 Oper(a):119- Grazielle



**PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**  
**SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS**



**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**  
**Prestador**

**DADOS DA NFS-e**

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
20/12/2022 15:25:23	12/2022	2 / E	UWRZIKqZV

**EMITENTE DA NFS-e**

CPF/CNPJ: <b>19.169.320/0001-06</b>	Inscrição Municipal: <b>437991</b>
Nome/Razão Social: <b>RAFAEL DE ALMEIDA FERNANDES 22382524871</b>	E-mail: <b>rafaelalmeidaf@gmail.com</b>
Endereço: RUA MARIA BENEDITA 37 JARDIM SANTA JULIA	
Município / País: <b>SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 12228-314 ( ) -</b>

**TOMADOR DO SERVIÇO**

CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0001-62</b>	Inscrição Municipal: <b>930101</b>
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b>	E-mail: <b>contato@incs.org.br</b>
Endereço: AVENIDA ANTONIO CARLOS COMITRE 1393 Andar:05 SALA 01; CAMPOLIM	
Município / País: <b>SOROCABA / BRASIL</b>	UF: CEP: Telefone: <b>SP 18047-620 (11) 2236-5024</b>

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

Carimbos e diversos

**DETALHAMENTO DO SERVIÇO**

NAE: **182290100 - SERVIÇOS DE ENCADERNAÇÃO E PLASTIFICAÇÃO**  
 Serviço: **1408 - ENCADERNAÇÃO, GRAVAÇÃO E DOURAÇÃO DE LIVROS, REVISTAS E CONGENERES.**

Município da Incidência do ISSQN <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Município / País da Prestação do Serviço <b>SAO JOSE DOS CAMPOS</b>	Responsável pelo recolhimento do ISSQN <b>-</b>
Exigibilidade do ISSQN <b>Exigível</b>	Situação do prestador perante o Simples Nacional <b>OPTANTE</b>	Regime especial de tributação do ISSQN <b>Simples MEI</b>

**CÁLCULO DO ISSQN**

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
<b>35,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>35,00</b>		<b>0,00</b>

**RETENÇÕES**

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**VALOR TOTAL DA NOTA**

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
<b>35,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>35,00</b>

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Número da nota fiscal substituída:	Código da Obra:
	Regra especial:

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2021 / 00001023677-5
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	DANIELA DIAS MOREIRA
<b>CPF/CNPJ:</b>	320.089.828-31
<b>Valor:</b>	R\$ 126,74
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	REEMBOLSO 12.22
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 11:31:34

<b>Código da operação:</b>	00130771
<b>Chave de segurança:</b>	QT0LR3G3NXEJ46AM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

 <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b> <small>20230131u19841610000146</small>	Número da Nota <b>0000326</b>			
	Data e Hora de Emissão <b>31/01/2023 11:26:41</b>			
	Código de Verificação <b>RRRA-6JMS</b>			
<b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>19.841.610/0001-46</b> Inscrição Municipal: <b>4.940.469-5</b> Nome/Razão Social: <b>CLINICA PROVIDA SERVICOS MEDICOS LTDA</b> Endereço: <b>R INACIO MAMMANA 00727, SALA 04 - VILA VITORIO MAZZEI - CEP: 02409-060</b> Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>				
<b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>				
Nome/Razão Social: <b>INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE</b> CPF/CNPJ: <b>09.268.215/0010-53</b> Inscrição Municipal: <b>----</b> Endereço: <b>R Alzirio Lebrão 76 - Alto da Ponte - CEP: 12212-500</b> Município: <b>São José dos Campos</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>----</b>				
<b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b>				
CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>				
<b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b>				
Serviços Prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS - Instituto Nacional de Ciências da Saúde e a Prefeitura de São Jose dos Campos  BANCO INTER S/A AG: 0001 CC: 212928830				
<b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 23.000,00</b>				
INSS (R\$) -	IRRF (R\$) <b>345,00</b>	CSLL (R\$) <b>230,00</b>	COFINS (R\$) <b>690,00</b>	PIS/PASEP (R\$) <b>149,50</b>
Código do Serviço <b>04030 - Medicina e biomedicina.</b>				
Valor Total das Deduções (R\$) <b>0,00</b>	Base de Cálculo (R\$) <b>23.000,00</b>	Alíquota (%) <b>2,00%</b>	Valor do ISS (R\$) <b>460,00</b>	Crédito (R\$) <b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço -	Número Inscrição da Obra -	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte <b>R\$ 3.065,90 (13,33%)</b>		
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b>				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2023;				

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00021292883-0
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	CLINICA PROVIDA SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	19.841.610/0001-46
<b>Valor:</b>	R\$ 21.585,50
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 326 PROVIDA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 11:36:11

<b>Código da operação:</b>	00131365
<b>Chave de segurança:</b>	NP9L8N89R0K0R4TQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - SP  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

NÚMERO DA NOTA  
00074

DATA DA EMISSÃO  
31/01/2023 10:16:16  
CÓDIGO VERIFICAÇÃO  
2C282CCA1



SÉRIE: NFS-e      COMPETÊNCIA: 31/01/2023      LOCAL DO SERVIÇO: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP      NFS SUBSTITUÍDA: -      N. RPS: 0

PRESTADOR DO SERVIÇO



**NOME/RAZÃO SOCIAL:** RAFAELA ROISMANN SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA  
**NOME FANTASIA:**      **CPF/CNPJ:** 35.945.961/0001-53      **INSC.MUNICIPAL:** 29679      **SIMPLES NACIONAL:** ( ) SIM ( x ) NÃO  
**ENDEREÇO:** AVENIDA WALKIR VERGANI, 1674 - BOIÇUCANGA      **MUNICÍPIO:** SÃO SEBASTIÃO - SP - BRASIL      **CEP:** 11.618-107      **REGIME ESPECIAL:** NENHUM  
**COMPLEMENTO:**      **TELEFONE:** (12) 3881-2443      **E-MAIL:** phadmcontabil@hotmail.com

TOMADOR DO SERVIÇO

**NOME/RAZÃO SOCIAL:** INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE      **CPF/CNPJ:** 09.268.215/0010-53      **INSC.MUNIC./ESTADUAL:** |  
**ENDEREÇO:** RUA ALZIRIO LEBRAO, 76 - ALTO DA PONTE      **MUNICÍPIO:** SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP      **CEP:** 12.212-500      **PAÍS:** BRASIL  
**COMPLEMENTO:**      **TELEFONE:** ( ) -      **E-MAIL:** antonio.pereira@incs.org.br

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

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

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

"NOTA FISCAL REFERENTE 13 PLANTÕES REALIZADOS PELO(A) PROFISSIONAL MÉDICO(A),RAFAELA ROISMANN,MÊS 12/2022.  
"SERVIÇOS PRESTADOS NA UP A ALTO DA PONTE EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 559/2022, FIRMADO ENTRE O INCS ? INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS."  
VALOR TOTAL R\$ 18.000,00  
DESCONTO CONFORME LEI 13.137/2015 4,65% R\$ 837,00  
RETENÇÃO IRRF 1,5% R\$ 270,00  
DADOS BANCÁRIOS:  
BANCO SICOOB  
AGENCIA 5052  
CONTA CORRENTE : 16149-7  
CNPJ 35.945.961/0001-53  
RAFAELA ROISMANN SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA

\*\*\* FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO \*\*\*

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS	DEDUÇÕES / DESCONTOS	VALOR DO SERVIÇO.....	R\$ 18.000,00
PIS..... R\$ 117,00	Alíquota do ISS ..... 3,00 %	Base de Cálculo.....	R\$ 18.000,00
COFINS..... R\$ 540,00	Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00	Total Deduções/Descontos....	R\$ 0,00
IR..... R\$ 270,00	Desconto Condicionado..... R\$ 0,00	Total de Imp. Federais.....	R\$ 1.107,00
INSS..... R\$ 0,00	Outras Retenções..... R\$ 0,00	Valor do ISS.....	R\$ 540,00
CSLL..... R\$ 180,00	Outras Deduções..... R\$ 0,00	<b>VALOR LÍQUIDO.....</b>	<b>R\$ 16.893,00</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

\*\*\*\*\*

OUTRAS INFORMAÇÕES



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

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato nº 559/2022



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A. - 02038232
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	5052 / 00000016149-7
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	RAFAELA ROISMANN SERVICOS MEDICOS SOCIED
<b>CPF/CNPJ:</b>	35.945.961/0001-53
<b>Valor:</b>	R\$ 16.893,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 74 RAFAELA ROISMA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 13:49:54

<b>Código da operação:</b>	00144648
<b>Chave de segurança:</b>	8TUCJ1325V436KY0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



MUNICÍPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO  
Secretaria Municipal de Finanças

Nº da Nota - Serie  
0000000044 - E

Autenticidade  
AI1M-CO4L

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Data de Emissão ....:31/01/2023 12:27:27

Competência (Serv.):01/2023



PRESTADOR DE SERVIÇOS.

Razão Social.: AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 43.757.713/0001-07 IM: 95475 IE: Fone:

Endereço.....: RUA RUA PROFESSOR ERNESTO DE OLIVEIRA FILHO,741 CASA 332,LOTEAMENTO FERNANDOCAMARGO NOGUEIRA - CEP:

Município.....: Taubaté UF: SP Email:marcosouza\_med@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 09.268.215/0010-53 IM: IE: Fone: (15) 3035-2779

Endereço.....: RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE

Município.....: SAO JOSE DOS CAMPOS UF:SP

Email.....:incs@incs.me.br.

LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Cidade.....: SAO JOSE DOS CAMPOS

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Página 1 de 1

Nota fiscal referente 3 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a),Marco Azevedo, no mês de dezembro de 2022.

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão N° 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Processo executado por: 172.16.20.60  
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 267,53 - Aliq: 6,15%

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	65,25	28,28	130,50	43,50	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	4.350,00	2,0000%	87,00	4.350,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 4.082,47**



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6953 / 00000001211-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.757.713/0001-07
<b>Valor:</b>	R\$ 4.082,47
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 44 AZEVEDO TAKAHA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 15:15:40

<b>Código da operação:</b>	00155874
<b>Chave de segurança:</b>	LSZ7NVU78FJE8RJC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
SECRETARIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANÇAS



Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Prestador

Data e Hora de Emissão da NFS-e: 31/01/2023 13:25:29  
Competência da NFS-e: 01/2023  
Número / Série: 14 / E  
Código de Verificação: R6lDhxT55

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ: 46.180.157/0001-47  
Nome/Razão Social: ROMULO SILVA BRAGA  
Endereço: AVENI PRESIDENTE JUSCELINO KUBITSCHEK 5430 APT 56 MONTE CASTELO  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12215-380  
Telefone: (41) 8799-9018  
Inscrição Municipal: 432431  
E-mail: DONNO@DONNOCONTABILIDADE.COM.BR

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ: 09.268.215/0010-53  
Nome/Razão Social: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE  
Endereço: RUA Alzirio Lebrão 76 Alto Da Ponte  
Município / País: SAO JOSE DOS CAMPOS / BRASIL  
UF: SP  
CEP: 12212-500  
Telefone:  
Inscrição Municipal: 925273  
E-mail:

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Nota fiscal referente 3,5 plantão realizado pelo profissional médico, Romulo Silva Braga, no mês de dezembro de 2022.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 863050300 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

Serviço: 0401 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

Município da Incidência do ISSQN: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Município / País da Prestação do Serviço: SAO JOSE DOS CAMPOS  
Responsável pelo recolhimento do ISSQN: PRESTADOR  
Exigibilidade do ISSQN: Exigível  
Situação do prestador perante o Simples Nacional: OPTANTE  
Regime especial de tributação do ISSQN: Simples Nacional

CALCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
6.150,00	0,00	0,00	*****	*****	*****

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
6.150,00	0,00	0,00	6.150,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Código da Obra:  
Número da nota fiscal substituída: Regra especial:



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0001 / 00000241813-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ROMULO SILVA BRAGA
<b>CPF/CNPJ:</b>	46.180.157/0001-47
<b>Valor:</b>	R\$ 6.150,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 14 ROMULO BRAGA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 15:20:15

<b>Código da operação:</b>	00156523
<b>Chave de segurança:</b>	1ZFRHMGAF3SCK5TX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



MUNICÍPIO DE TAUBATE - ESTADO DE SAO PAULO  
Secretaria Municipal de Finanças

Nº da Nota - Serie  
0000000045 - E

Autenticidade  
8R5X-XDWV

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS**

Data de Emissão . . . : 31/01/2023 12:39:56

Competência (Serv.) : 01/2023



**PRESTADOR DE SERVIÇOS.**

Razão Social.: AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 43.757.713/0001-07 IM: 95475 IE: Fone:

Endereço.....: RUA RUA PROFESSOR ERNESTO DE OLIVEIRA FILHO,741 CASA 332,LOTEAMENTO FERNANDOCAMARGO NOGUEIRA - CEP:

Município.....: Taubaté UF: SP Email:marcosouza\_med@hotmail.com

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social.: INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE

Nome Fantasia:

CPF/CNPJ.....: 09.268.215/0010-53 IM: IE: Fone: (15) 3035-2779

Endereço.....: RUA RUA ALZIRIO LEBRAO,76 - CEP: 12212500, ALTO DA PONTE

Município.....: SAO JOSE DOS CAMPOS UF:SP

Email.....: incs@incs.me.br.

**LOCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

Cidade.....: SAO JOSE DOS CAMPOS

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Página 1 de 1

Nota fiscal referente 5 plantão realizado pelo(a) profissional médico(a), Isabela Mayume Mariussi Takahashi, no mês de dezembro de 2022.

Serviços prestados na UPA Alto da Ponte em conformidade com o Contrato de Gestão Nº 559/2022, firmado entre o INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Processo executado por: 172.16.20.60  
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:  
Valor aprox. dos tributos (Lei nº 12.741/2012):  
R\$ 399,75 - Aliq: 6,15%

Situação de Tributação do ISSQN  
**Tributada no Prestador**

Código do Serviço  
403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulatórios e congêneres.

I.N.S.S. (R\$)	I.RENDA (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	CSLL (R\$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R\$)
0,00	97,50	42,25	195,00	65,00	0,00

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador os dados informados e não implicam na base de cálculo do ISSQN

DEDUÇÕES	SUBEMPREGADA	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	6.500,00	2,0000%	130,00	6.500,00

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 6.100,25**



## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	INCS INSTITUTO NACIONAL DE CIE
<b>CPF/CNPJ:</b>	09.268.215/0010-53

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	6953 / 00000001211-4
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	AZEVEDO TAKAHASHI SERVICOS MEDICOS LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	43.757.713/0001-07
<b>Valor:</b>	R\$ 6.100,25
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	NF 45 AZEVEDO TAKAHA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	31/01/2023 15:22:17

<b>Código da operação:</b>	00156759
<b>Chave de segurança:</b>	XM1JT0XUCA584Y02

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Estas despesas foram pagas com Recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022



FORMULÁRIO IN-30  
CDA -CONTROLE DE DESPESAS  
ADMINISTRATIVAS



Local:	UBS ALTO DA PONTE	Número:	
Colaborador:	DIANE DOMINGUES	Período de:	
Cliente:	UBS ALTO DA PONTE	Função:	GERENTE

**Despesas Com Combustível**

Combustível (gasolina, álcool):	
<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Viagem**

Uber:		Nº de Diárias:	
Hotel:		Nº de Ref.:	
Refeições:			
Aluguel de veículo			
Transporte:			
Pedágio:			
Estacionamento:			
Outras(_____):		<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas de Conservação do Veículo**

Reparo:	R\$ 0,00		
Lavagem:	R\$ 0,00		
Pneus:	R\$ 0,00		
Outras(_____):	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>

**Despesas Diversas**

Carimbos	R\$ 0,00		
Outros	R\$ 63,00		
Descartáveis	R\$ 0,00		
Papelaria	R\$ 73,30		
Reparos	R\$ 9,90		
Treinamento	R\$ 0,00		
Cópias de chave	R\$ 10,00		
Cartórios	R\$ 0,00		
Correios	R\$ 0,00	<b>Total:</b>	<b>R\$ 156,20</b>

<b>Total Geral:</b>	<b>R\$ 156,20</b>
<b>Adiantamento:</b>	
<b>Devolução(-)/Reembolso(+):</b>	<b>R\$ 156,20</b>

Assinatura  
Colaborador

*Diane Domingues*  
Instituto Nacional de Controle de Despesas de Saúde  
Gerente Administrativa  
UBS Alto da Ponte

Assinatura  
Contador

DIPAMAGES PAPELARIA

VANDERLEI RODRIGUES DA COSTA PAPELARIA  
RUA AUDEMO VENEZIANI, 344 Nao Informado ALTO DA  
PONTE SAO JOSE DOS CAMPOS-SP 12212-000  
CNPJ:05.219.203/0001-97 IE:645440041118

EXTRATO No. **000613** do CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

CPF/CNPJ do Consumidor: CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

= COD DESC QTD UN VL UN R\$ (VL TR R\$)\* VL ITEM R\$

001 1012 PRESILHA DE CRACHA 16 UN X 1,200 19,20  
002 1039 PROTETOR DE DOCUMENT 16 UN X 1,000 16,00  
003 1305 MARCADOR ADESTIVO POST 1 PC X 9,900 9,90  
004 1029 PASTA DE GRAMPO PLASTI 1 UN X 3,200 3,20

TOTAL R\$ 48,30

Cartao de Credito 48,30

ITENS a ser recolhido conforme LC 123/2006 - Simples Nacional  
05.07.05.04-Comete crime quem sonega

OBSERVACOES DO CONTRIBUINTE  
Trib aprox R\$:5,10 Federal, 8,69 Estadual e 0,00  
Municipal Fonte:IBPT [003829]

\*Valor aproximado dos tributos do item

SAT No. 001.182.700

20/12/2022 - 10:36:23

35221205219203000197590011827000006134751908



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponivel na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)

Sistema Athos - <http://www.sistemaathos.com.br>

DIPAMAGES PAPELARIA

VANDERLEI RODRIGUES DA COSTA PAPELARIA  
RUA AUDEMO VENEZIANI, 344 Nao Informado ALTO DA  
PONTE SAO JOSE DOS CAMPOS-SP 12212-000  
CNPJ:05.219.203/0001-97 IE:645440041118

EXTRATO No. **000621** do CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

CPF/CNPJ do Consumidor: CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

= COD DESC QTD UN VL UN R\$ (VL TR R\$)\* VL ITEM R\$

001 1039 PROTETOR DE DOCUMENT 10 UN X 1,000 10,00  
002 1012 PRESILHA DE CRACHA 10 UN X 1,500 15,00

TOTAL R\$ 25,00

Cartao de Credito 25,00

ITENS a ser recolhido conforme LC 123/2006 - Simples Nacional  
05.07.05.04-Comete crime quem sonega

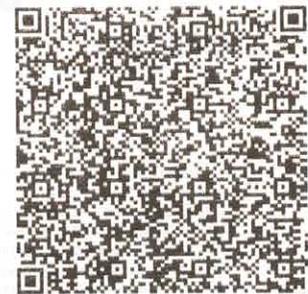
OBSERVACOES DO CONTRIBUINTE  
Trib aprox R\$:2,69 Federal, 4,50 Estadual e 0,00  
Municipal Fonte:IBPT [003829]

\*Valor aproximado dos tributos do item

SAT No. 001.182.700

21/12/2022 - 16:11:21

35221205219203000197590011827000006210465591



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponivel na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)

Sistema Athos - <http://www.sistemaathos.com.br>

SOFT LIMP  
 (12) 3346 - 1104  
 40.083.828/0001-75  
 DOC. SEM VALOR FISCAL

---

DATA: 1 17/01/2023 14:59:55  
 COMPRA A VISTA  
 MOV: 18291  
 CMD: 901  
 FUNC: MARIA EDUARDA GOMES

---

QTD	PRODUTO	VALOR
2	SACO DE LIXO 100 LITROS REFORÇADO	24,00
2	ITENS	
TOTAL PRODUTOS =		24,00
CARTÃO CREDITO =		24,00
agradecemos a preferência		
Volte sempre!		

FERRAGENS COELHO  
 CNPJ:08171377000115 IE:645488017116  
 RUA AUDEMO VENEZIANI, 328 - ALTO DA PONTE  
 1239425642  
 SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

---

VENDEDOR : 81 - JOAO FRANCISCO  
 11/01/23 14:53:42 Pedido: 400710

Cod.	Desc.	Qtd	Unit	Total
24354	LAMP LED BULBO A 60 12W 6500K E-27 BIVOLT	1	9,90	9,90
01	ITEM QTD VOL. 01			9,90
	CARTAO CREDITO :			9,90
	TROCO :			0,00

Vendedor : JOAO FRANCISCO  
 Obrigado pela preferência.

RECEBEMOS

Nº  **RECIBO** R\$

Receb \_\_\_\_\_ do Sr. \_\_\_\_\_

a quantia de \_\_\_\_\_

Correspondente a 100 p - de churrasco

e para clareza firm \_\_\_\_\_ o presente \_\_\_\_\_

**CHAVEIRO TURISMO**  
 Adilson Torres de Alencar  
 RG 16.644.971 - CPF 060.502.108-29  
 Inscr Mun 078904/8  
 Tel: 3921-0589  
 R. Antônio Vaccaro, 257 - Alto de Pôrto

11 de 01 de 2023

Assinatura \_\_\_\_\_

TAMOIO Cód. 1076

Nº  **RECIBO** R\$

Receb \_\_\_\_\_ do Sr. \_\_\_\_\_

a quantia de Trinta e nove reais

Correspondente a Carimbo SP 17 22

e para clareza firm \_\_\_\_\_ o presente \_\_\_\_\_

**ECCERE HZV SERVIÇOS LTDA** de 19 de Dezembro de 2022  
 CNPJ: 45.778.127/0001-74  
 INSCR.Municipal : 429.616

Assinatura Nataniel Mendes Pereira

CNPJ / CPF / RG

TAMOIO Cód. 1076



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	3915 / 003 / 00005591-0
<b>Conta destino:</b>	0351 / 1288 / 000760279328-6

<b>Nome destinatário:</b>	DIANE PRISCILA DOMINGUES
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 156,20

<b>Data de débito:</b>	31/01/2023
<b>Data/hora da operação:</b>	31/01/2023 09:15:48

<b>Código da operação:</b>	310915
<b>Chave de segurança:</b>	MHQCAX82K37MAPV0

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de THOMAZ DE ARAUJO & CIA LTDA (GENESIS) os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do receptor	Nro.: 000.054.122 Serie: 1

<b>THOMAZ DE ARAUJO &amp; CIA LTDA (GENESIS)</b>  PRACA PRIMAVERA, 101, JARDIM MOTORAMA, SAC JOSE DOS CAMPOS - SP CEP: 12224280 (12) 3923-7140		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída Nro. Nota: <b>000.054.122</b> Serie:1 Folha:1 de 1	 Chave de Acesso <b>3523 0212 8340 8200 0159 5500 1000 0541 2210 4866 6011</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 Autorizada
Natureza de Operacao VENDA		Protocolo de autorizacao de uso 135230230260621 13/02/2023 11:55:48	
Inscricao Estadual 645.305.854.111	Inscricao Estadual do Subst. Tributario	CNPJ 12.834.082/0001-59	

<b>DESTINATARIO/REMETENTE</b>			
Nome/Razao Social INCS - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE		CNPJ/CPF 09.268.215/0001-62	Data da Emissao 13/02/2023
Endereco RUA AV ANTONIO CARLOS COMITRE, 1393, ANDAR 5 SALA 51		Bairro/Distrito PARQUE CAMPOLIM	CEP 18047620
Município SOROCABA	Fone/Fax (41) 2118-6949	UF SP	Inscricao Estadual 18047620
			Data de Saída / Entrada 13/02/2023
			Hora de Saída 11:54

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b>			
Nome/Razao Social		CNPJ/CPF 09268215000162	Inscricao Estadual
Endereco RUA ALZIRIO LEBRAO, 0		Bairro/Distrito ALTO DA PONTE	CEP 12212500
Município SAO JOSE DOS CAMPOS		UF SP	Fone/Fax

<b>FATURA/DUPLICATA</b>
13/02/2023 001 3.598,50

<b>CALCULO DO IMPOSTO</b>					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
0,00	0,00	1.204,78	0,00	0,00	3.598,50
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.598,50

<b>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</b>						
Nome/Razao Social		Frete por Conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Codigo ANTT	Placa	UF	CPF/CNPJ
Endereco		Município		UF	Inscricao Estadual	
Quantidade 15	Especie	Marca	Numeracao	Peso Bruto 0,000	Peso Liquido 351,000	

<b>DADOS DO PRODUTO/SERVICO</b>														
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi	Aliquota	
													Icms	Ipi
7891191004686	PAPEL SULFITE A4 210X297 5000FL REPORT Informacoes Adicionais: CEST: 19.031.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 1204,78 ( 33,48 % ) Fonte:IBPT	48025610	0500	5405	CX	15	239,90	0,00	3.598,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>DADOS ADICIONAIS</b>	
Informacoes Complementares DEPOSITO OK;; Fornecimento de Material de Escritorio no mes de 01/2023 na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestao n 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciencias da Saude e a Prefeitura Municipal de Sao Jose dos Campos OC20230122.1036AP - PAGAMENTO : DEPOSITO ANTECIPADO - COMPETENCIA: 02;HORARIO DE ENTREGA 08:00 as 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI. Nota Fiscal referente ao(s) Pedido(s) ALTO DA PONTE	Reservado ao Fisco

**Ordem de Compra**  
**Número:20230122.1036AP**

Fornecedor: THOMAZ DE ARAUJO & CIA LTDA (GENESIS)

Contato: ELLEN

Data Emissão: 17.01.23

Telefone:

Condições Pgto: DEPÓSITO ANTECIPADO

CNPJ Faturamento: 09.268.215/0001-62

Frete: CIF

Prazo de Entrega:3 DIAS ÚTEIS

**Valor Total: R\$ 3598,50**

**Instruções**

Enviar nota fiscal eletrônica imediatamente após a sua emissão no email: [fiscal.ponte@incs.org.br](mailto:fiscal.ponte@incs.org.br)

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que não estiverem rigorosamente de acordo com as nossas especificações.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias com validade inferior a 12 meses.

A Unidade de Pronto Atendimento – Alto da Ponte se reserva o direito de devolver ou não aceitar as mercadorias que forem entregues fora dos horários e locais especificados abaixo.

O **horário de entrega** de mercadorias é de 08:00 às 16:00 horas de Segunda a Sexta-Feira.

O **local de entrega** será no Setor de Almoxarifado, Rua Alzíro Lebrão, 76 - **Alto da Ponte**, São José dos Campos - SP, 12212-531.

Inscrição Estadual: ISENTO

Observações referentes ao pedido: Nenhuma

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

Mencionar no campo observações adicionais da NF o texto a seguir:

“Fornecimento de **Material de Escritório** no mês de **01/2023** na UPA Alto da Ponte em conformidade com o contrato de Gestão nº 163/17 firmado entre o INCS - Instituto Nacional de ciências da Saude e a Prefeitura Municipal de São José dos Campos – OC20230122.1036AP – PAGAMENTO : DEPÓSITO ANTECIPADO - COMPETÊNCIA: 01 ”

Estas despesas foram pagas com recurso da P.M. de São José dos Campos contrato n° 559/2022

NÚMERO DE PROCESSO: 20230122.1036AP			CNPJ:12.834.082/0001-59		
DESCRIÇÃO	UNID.	QTDE	MARCA	VALOR UNT	VALOR TT
PAPEL SULFITE BRANCO RESMAS C/500 FOLHAS	RESMA	150		R\$ 23,99	R\$ 3.598,50
<b>VALOR TOTAL DA COTAÇÃO</b>				R\$ 3.598,50	
<b>VALOR Á COMPRAR</b>				R\$ 3.598,50	



Cristiana Miranda  
Compradora



## TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

**Conta origem:** 3915 / 003 / 00005591-0

**Conta destino:** 0351 / 003 / 00001317-3

**Nome destinatário:** THOMAZ DE ARAUJO E CIA LTDA

**Quantidade de vezes:**

**Valor:** R\$ 3.598,50

**Data de débito:** 31/01/2023

**Data/hora da operação:** 31/01/2023 13:54:36

**Código da operação:** 311354

**Chave de segurança:** MXJPHXL2VL161YFV

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104