



Instituto Adonhiran de Assistência a Saúde

PROTOCOLO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL “1”

A/C

Secretaria de Estado da Saúde

Núcleo de Convênios da Região da Foz do Rio Itajaí

Sra Juliana Costa

A empresa Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde, inscrita sob CNPJ nº. 11.074.062/0002-45, cordialmente encaminha os documentos para Prestação de Contas Parcial “1” do Convênio Nº. 2021TR000993 referente às 02 primeiras parcelas:

- Ofício de encaminhamento da Prestação de Contas Parcial;
- Relatório de Prestação de Contas Parcial “1”;
- Balancete de Prestação de Contas Parcial “1”;
- Extratos de Aplicação Setembro e Outubro;
- Extratos de Conta Corrente Setembro e Outubro;
- Comprovantes de Pagamentos, Notas fiscais, escalas de plantão médico, pedidos de oxigênio, Guias de Retenções de Setembro e Outubro.

Penha 11 de Outubro de 2021

FABIANO
AMORIM:73
972355904

Assinado de forma
digital por FABIANO
AMORIM:7397235590
Dados: 2021.10.11
14:18:38 -03'00'

Fabiano Amorim

Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde

CPF 739.723.559-04



Instituto Adonhiran de Assistência a Saúde

Ofício N.º 071/2021

Penha 11 de Outubro de 2021.

Secretaria de Estado da Saúde
Sr. Andre Motta Ribeiro

Cordialmente encaminho prestação de contas parcial “1” referente às 02 primeiras parcelas do recurso proveniente do Convênio 2021TR000993 celebrado entre Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde, CNPJ nº. 11.074.062/0002-45 e a SES - Fundo Estadual de Saúde.

Atenciosamente,

FABIANO
AMORIM:7397
2355904

Assinado de forma
digital por FABIANO
AMORIM:73972355904
Dados: 2021.10.11
14:19:02 -03'00'

Fabiano Amorim
Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde
CPF 739.723.559-04

Transferência 2021TR000993 **Instrumento Transferência** Convênio
Parcial 000001
Unidade Gestora 480091 Fundo Estadual de Saúde
Gestão 48091 Fundo Estadual de Saúde
Beneficiário 11.074.062/0002-45 INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE
CPF Representante 739.723.559-04
Nome Representante FABIANO AMORIM
Situação Aguardando Documentos
Data Situação 11/10/2021
Data Recebimento
Número Processo

Ingressos**Ingressos**

Data	Tipo	Histórico	Valor	Confere Extrato
Descrição Análise				
06/09/2021	Repasse		175.000,00	
20/09/2021	Repasse		175.000,00	
08/10/2021	Rendimento	RENDIMENTO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	41,98	
Total Ingressos (R\$)			350.041,98	

Dispêndios**Dispêndios**

Código Pgto. 0001 **Parcela Forn.** 001 **Data Pgto.** 13/09/2021
Favorecido 13.266.290/0001-61 GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME
Valor 65.100,00
Situação Análise **Valor Glossado (R\$)**
Descrição
Fundamentação Legal
Tipo Documento Nota Fiscal Eletrônica
Chave NF Eletrônica 42210913266290000161550010000447131447097279
AIDF **Núm. Doc.** 44713

Código Pgto. 0002 **Parcela Forn.** 001 **Data Pgto.** 13/09/2021
Favorecido 24.505.433/0001-67 GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA
Valor 94.600,80
Situação Análise **Valor Glossado (R\$)**
Descrição
Fundamentação Legal
Tipo Documento Nota Fiscal Serviço Eletrônica
Chave NF Eletrônica
AIDF **Núm. Doc.** 234

Código Pgto. 0003 **Parcela Forn.** 001 **Data Pgto.** 13/09/2021
Favorecido 10.911.430/0001-19 QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA
Valor 9.000,00
Situação Análise **Valor Glossado (R\$)**
Descrição
Fundamentação Legal
Tipo Documento Nota Fiscal Serviço Eletrônica
Chave NF Eletrônica

AIDF		Núm. Doc. 1420
Código Pgto.0004	Parcela Forn.001	Data Pgto. 13/09/2021
Favorecido 11.074.062/0002-45 TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL		
Valor 1.512,00		
Situação Análise	Valor Glossado (R\$)	
Descrição		
Fundamentação Legal		
Tipo Documento Guia Recolhimento Tributo - Retenções		
Chave NF Eletrônica		
AIDF	Núm. Doc. 234	
Código Pgto.0005	Parcela Forn.001	Data Pgto. 13/09/2021
Favorecido 11.074.062/0002-45 TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL		
Valor 4.687,20		
Situação Análise	Valor Glossado (R\$)	
Descrição		
Fundamentação Legal		
Tipo Documento Guia Recolhimento Tributo - Retenções		
Chave NF Eletrônica		
AIDF	Núm. Doc. 234	
Código Pgto.0006	Parcela Forn.001	Data Pgto. 13/09/2021
Favorecido 11.074.062/0002-45 TARIFA BANCÁRIA		
Valor 31,35		
Situação Análise	Valor Glossado (R\$)	
Descrição		
Fundamentação Legal		
Tipo Documento Tarifas Bancárias		
Chave NF Eletrônica		
AIDF	Núm. Doc. 882561100106635	
Código Pgto.0007	Parcela Forn.001	Data Pgto. 24/09/2021
Favorecido 24.505.433/0001-67 GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA		
Valor 94.600,80		
Situação Análise	Valor Glossado (R\$)	
Descrição		
Fundamentação Legal		
Tipo Documento Nota Fiscal Serviço Eletrônica		
Chave NF Eletrônica		
AIDF	Núm. Doc. 245	
Código Pgto.0008	Parcela Forn.001	Data Pgto. 24/09/2021
Favorecido 13.266.290/0001-61 GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME		
Valor 35.780,00		
Situação Análise	Valor Glossado (R\$)	
Descrição		
Fundamentação Legal		
Tipo Documento Nota Fiscal Eletrônica		
Chave NF Eletrônica 42210913266290000161550010000452451949835609		
AIDF	Núm. Doc. 45245	
Código Pgto.0009	Parcela Forn.001	Data Pgto. 24/09/2021
Favorecido 10.911.430/0001-19 QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA		
Valor 9.000,00		
Situação Análise	Valor Glossado (R\$)	
Descrição		

Fundamentação Legal

Tipo Documento Nota Fiscal Serviço Eletrônica

Chave NF Eletrônica

AIDF

Núm. Doc. 1425

Código Pgto.0010

Parcela Forn.001

Data Pgto. 24/09/2021

Favorecido 11.074.062/0002-45 TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL

Valor 4.687,20

Situação Análise

Valor Glossado (R\$)

Descrição

Fundamentação Legal

Tipo Documento Guia Recolhimento Tributo - Retenções

Chave NF Eletrônica

AIDF

Núm. Doc. 245

Código Pgto.0011

Parcela Forn.001

Data Pgto. 24/09/2021

Favorecido 11.074.062/0002-45 TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL

Valor 1.512,00

Situação Análise

Valor Glossado (R\$)

Descrição

Fundamentação Legal

Tipo Documento Guia Recolhimento Tributo - Retenções

Chave NF Eletrônica

AIDF

Núm. Doc. 245

Código Pgto.0012

Parcela Forn.001

Data Pgto. 24/09/2021

Favorecido 11.074.062/0002-45 TARIFA BANCÁRIA

Valor 31,35

Situação Análise

Valor Glossado (R\$)

Descrição

Fundamentação Legal

Tipo Documento Tarifas Bancárias

Chave NF Eletrônica

AIDF

Núm. Doc. 862671100439007

Código Pgto.0013

Parcela Forn.001

Data Pgto. 01/10/2021

Favorecido 94.389.400/0001-84 MCW PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Valor 15.947,55

Situação Análise

Valor Glossado (R\$)

Descrição

Fundamentação Legal

Tipo Documento Nota Fiscal Eletrônica

Chave NF Eletrônica 43210994389400000184550010003976881009356835

AIDF

Núm. Doc. 397688

Código Pgto.0014

Parcela Forn.001

Data Pgto. 01/10/2021

Favorecido 94.516.671/0001-53 CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.

Valor 10.353,75

Situação Análise

Valor Glossado (R\$)

Descrição

Fundamentação Legal

Tipo Documento Nota Fiscal Eletrônica

Chave NF Eletrônica 43210994516671000153550020006067391028463051

AIDF

Núm. Doc. 606739

Total Ingressos (R\$)	350.041,98
Total Dispendios (R\$)	346.844,00
Saldo (R\$)	3.197,98

Observações**Histórico Observações****Justificativa****Histórico Justificativa****Conclusão****Histórico Descrição****Valor Glosado (R\$)****Domicílio Bancário Devolução****Prazo Diligência****Situação****Data Situação****Situação**

Data 08/10/2021
Situação Em Edição
Observação
Usuário 739.723.559-04 - Fabiano Amorim

Data 11/10/2021
Situação Aguardando Documentos
Observação
Usuário 739.723.559-04 - Fabiano Amorim

Fabiano Amorim
Administrador Judicial
Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde
CNPJ 11.074.062/0002-45

Nome**Assinatura**



Beneficiário 11.074.062/0002-45 INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE
Transferência 2021TR000993 **Instrumento** **Transferência** Convênio
Objeto Aquisição
Unidade Gestora / Gestão 480091 Fundo Estadual de Saúde / 48091 Fundo Estadual de Saúde
Responsável Beneficiário 739.723.559-04 FABIANO AMORIM
Responsável Concedente 095.157.269-56 LUDMILA GAIA BOUVIER

Nota Empenho

Número	Data	Valor (R\$)
2021NE027226	16/08/2021	525.000,00

Nota Liquidação

Número	Data	Valor (R\$)
2021NL184187	02/09/2021	175.000,00
2021NL192182	14/09/2021	175.000,00
2021NL210909	04/10/2021	175.000,00

Balancete de Prestação de Contas

Data	Parcial	Número Documento	Tipo Documento	Identificador Fornecedor	Nome Fornecedor	Valor (R\$) Documento	Valor (R\$) Entrada	Valor (R\$) Saída Bancária	Número Operação	Saldo (R\$)
06/09/2021	01		Repasse			175.000,00	175.000,00	0,00	2021OB119096	175.000,00
13/09/2021	01	882561100106	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	31,35	0,00	31,35	88256100106635	174.968,65
13/09/2021	01	234	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	4.687,20	0,00	4.687,20	91305	170.281,45
13/09/2021	01	234	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	1.512,00	0,00	1.512,00	91304	168.769,45
13/09/2021	01	44713	Nota Fiscal Eletrônica	13.266.290/0001-61	GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME	65.100,00	0,00	65.100,00	91301	103.669,45
13/09/2021	01	234	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	24.505.433/0001-67	GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA	100.800,00	0,00	94.600,80	91302	9.068,65
13/09/2021	01	1420	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	10.911.430/0001-19	QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA	9.000,00	0,00	9.000,00	91303	68,65
20/09/2021	01		Repasse			175.000,00	175.000,00	0,00	2021OB126960	175.068,65



24/09/2021	01	1425	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	10.911.430/0001-19	QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA	9.000,00	0,00	9.000,00 92403	166.068,65
24/09/2021	01	245	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	1.512,00	0,00	1.512,00 92405	164.556,65
24/09/2021	01	245	Guia Recolhimento Tributo - Retenções	11.074.062/0002-45	TRIBUTOS - RECEITA FEDERAL	4.687,20	0,00	4.687,20 92404	159.869,45
24/09/2021	01	8626711004390	Tarifas Bancárias	11.074.062/0002-45	TARIFA BANCÁRIA	31,35	0,00	31,35 86267110043900 7	159.838,10
24/09/2021	01	245	Nota Fiscal Serviço Eletrônica	24.505.433/0001-67	GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS LTDA	100.800,00	0,00	94.600,80 92401	65.237,30
24/09/2021	01	45245	Nota Fiscal Eletrônica	13.266.290/0001-61	GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME	35.780,00	0,00	35.780,00 92402	29.457,30
01/10/2021	01	606739	Nota Fiscal Eletrônica	94.516.671/0001-53	CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.	10.353,75	0,00	10.353,75 100102	19.103,55
01/10/2021	01	397688	Nota Fiscal Eletrônica	94.389.400/0001-84	MCW PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES	15.947,55	0,00	15.947,55 100101	3.156,00
08/10/2021	01		Rendimento			41,98	41,98	0,00	3.197,98

**FABIANO
AMORIM:7397
2355904**

Assinado de forma
digital por FABIANO
AMORIM:73972355904
Dados: 2021.10.08
12:37:51 -03'00'


Assinatura Contador

Assinatura Responsável Beneficiário



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G334080917415262014
08/10/2021 09:26:03

Cliente

Agência 54111-9
 Conta 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
 Mês/ano referência SETEMBRO/2021

RF Automático Empres - CNPJ: .071.477/0001-68

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
31/08/2021	SALDO ANTERIOR	0,00					
06/09/2021	APLICAÇÃO	175.000,00			17.294,363988	10,118903483	17.294,363988
13/09/2021	RESGATE	174.931,35	4,73	66,52	17.285,969480	10,123967892	8,394508
	Aplicação 06/09/2021	174.931,35	4,73	66,52	17.285,969480		
20/09/2021	APLICAÇÃO	175.000,00			17.274,900031	10,130304643	17.283,294539
24/09/2021	RESGATE	145.611,35	2,47	66,94	14.373,005286	10,135720199	2.910,289253
	Aplicação 06/09/2021	85,01	0,02	0,05	8,394508		
	Aplicação 20/09/2021	145.526,34	2,45	66,89	14.364,610778		
30/09/2021	SALDO ATUAL	29.517,01			2.910,289253		2.910,289253

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	0,00
APLICAÇÕES (+)	350.000,00
RESGATES (-)	320.542,70
RENDIMENTO BRUTO (+)	200,37
IMPOSTO DE RENDA (-)	7,20
IOF (-)	133,46
RENDIMENTO LÍQUIDO	59,71
SALDO ATUAL =	29.517,01

Valor da Cota

31/08/2021	10,113691543
30/09/2021	10,142295908

Rentabilidade

No mês	0,2828
No ano	1,1427
Últimos 12 meses	1,1731

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio/SC
nº 2021TR000993



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G334080917415262013
08/10/2021 09:25:24

Cliente

Agência 5411-9
Conta 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
Mês/ano referência OUTUBRO/2021

RF Automático Empres - CNPJ: .071.477/0001-68

Data	Histórico	Valor	Valor IRPrej. Comp.	Valor IOF	Quantidade cotas	Valor cota	Saldo cotas
30/09/2021	SALDO ANTERIOR	29.517,01			2.910,289253		
01/10/2021	RESGATE	26.301,30	2,96	22,36	2.595,292958	10,143987762	314,996295
	Aplicação 20/09/2021	26.301,30	2,96	22,36	2.595,292958		
08/10/2021	SALDO ATUAL	3.197,98			314,996295		314,996295

Resumo do mês

SALDO ANTERIOR	29.517,01
APLICAÇÕES (+)	0,00
RESGATES (-)	26.301,30
RENDIMENTO BRUTO (+)	7,59
IMPOSTO DE RENDA (-)	2,96
IOF (-)	22,36
RENDIMENTO LÍQUIDO	-17,73
SALDO ATUAL =	3.197,98

Disponível p/ Resg =	3.194,26
Carência p/ Resg =	0,00
IR Estimado =	0,84
IR complementar =	0,10
IOF estimado =	2,78

Aplicações em ser

Data	Documento	Valor aplicado	Quantidade cotas	Saldo cotas
20/09/2021	909.541.120	175.000,00	17.274,900031	314,996295

Valor da Cota

30/09/2021	10,142295908
08/10/2021	10,152423396

Rentabilidade

No mês	0,0998
No ano	1,2437
Últimos 12 meses	1,2744

VALORES LÍQUIDOS PARA RESGATE

Projeção para 08/10/2021 - Cota: 10,152423396

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio/SC
nº 2021 TR 000993



Consultas - Extrato de conta corrente

G334080917415262015
08/10/2021 09:27:06

Cliente - Conta atual

Agência 5411-9
 Conta corrente 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
 Período do extrato 09 / 2021

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
01/09/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
06/09/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.109.030.037.147	175.000,00 C	
				829513100001-56 SC-SEC DE ESTADO DA FA			
06/09/2021		0000	00000	345 BB RF Autom Empresa Simpl	5	175.000,00 D	0,00 C
13/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	91.301	65.100,00 D	
				748 2602 013266290000161 GASOLDA COMER			
13/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	91.302	94.600,80 D	
				748 2606 024505433000167 GHM GESTAO HO			
13/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	91.303	9.000,00 D	
				136 1202 010911430000119 QUALIFISIO CL			
13/09/2021		0000	13105	375 Impostos	91.304	1.512,00 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
13/09/2021		0000	13105	375 Impostos	91.305	4.687,20 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
13/09/2021		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	882.561.100.106.635	10,45 D	
				Cobrança referente 13/09/2021			
13/09/2021		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	882.561.100.106.636	10,45 D	
				Cobrança referente 13/09/2021			
13/09/2021		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	882.561.100.106.637	10,45 D	
				Cobrança referente 13/09/2021			
13/09/2021		0000	00000	855 BB RF Autom Empresa Simpl	5	174.931,35 C	0,00 C
20/09/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.109.170.035.833	175.000,00 C	
				829513100001-56 SC-SEC DE ESTADO DA FA			
20/09/2021		0000	00000	345 BB RF Autom Empresa Simpl	5	175.000,00 D	0,00 C
24/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.401	94.600,80 D	
				748 2606 024505433000167 GHM GESTAO HO			
24/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.402	35.780,00 D	
				748 2602 013266290000161 GASOLDA COMER			
24/09/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	92.403	9.000,00 D	
				136 1202 010911430000119 QUALIFISIO CL			
24/09/2021		0000	13105	375 Impostos	92.404	4.687,20 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
24/09/2021		0000	13105	375 Impostos	92.405	1.512,00 D	
				RFB- DARF PRETO CALCULADO			
24/09/2021		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	862.671.100.439.007	10,45 D	
				Cobrança referente 24/09/2021			
24/09/2021		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	862.671.100.439.008	10,45 D	
				Cobrança referente 24/09/2021			
24/09/2021		0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	862.671.100.439.009	10,45 D	
				Cobrança referente 24/09/2021			

08/10/2021 09:27

Banco do Brasil

24/09/2021	0000	00000	855 BB RF Autom Empresa Simpl	5	145.611,35 C	0,00 C
30/09/2021	0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Convênio/SC

nº 2021TR 000993



Consultas - Extrato de conta corrente

G3340809174152621
08/10/2021 09:24:24

Cliente - Conta atual

Agência 5411-9
 Conta corrente 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
 Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
24/09/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/10/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.101	15.947,55 D	
				MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LT			
01/10/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.102	10.353,75 D	
				CIRURGICA SANTA CRUZ COMERCIO			
01/10/2021		0000	00000	855 BB RF Automatico Empresa	5	26.301,30 C	0,00 C
08/10/2021		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C
Invest.com Resgate Autom.							3.194,26 C
Saldo							3.194,26 C
Juros *							0,00
Data de Debito de Juros							29/10/2021
IOF *							0,00
Data de Debito de IOF							01/11/2021
Saldo de fundos de investimento							
RF Automático Empres							3.197,98

 OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Convênio/SC
 nº 2021 TR 000993

13/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 09:31:31
541105411 0001

COMPROVANTE DE TED

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6
=====

NR. DOCUMENTO	91.301
DATA DA TRANSFERENCIA	13/09/2021
REMETENTE	FABIANO AMORIM
FAVORECIDO	GASOLDA COMERCIO VAREJIST
CNPJ	13.266.290/0001 61
BANCO	748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA	2602 CCPINNSC - SICR CONTA 000000395005
FINALIDADE	001 CREDITO EM CONTA
ORIGEM DO DEBITO	CONTA CORRENTE
VALOR	65.100,00
VALOR TOTAL	65.100,00

=====

NR.AUTENTICACAO	6.72E.B0B.56D.300.968
-----------------	-----------------------

Convênio/SC

nº 2021TR000993

Recebemos de GASOLDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE - RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 - CENTRO MUNICIPIO DE PENHA - PENHA - SC		NF-e Nº 000.044.713 Série 001	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

Recebemos de GASOLDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE - RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 - CENTRO MUNICIPIO DE PENHA - PENHA - SC		NF-e Nº 000.044.713 Série 001	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

 GASOLDA Fazendo a diferença!		LEOPOLDO VIEIRA, 1 AVENTUREIRO JOINVILLE - SC - CEP 89226-189 Fone: (47)3028-1597 gasolda@gasolda.com.br		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.044.713 Série 001 1/1		 CHAVE DE ACESSO 4221 0913 2662 9000 0161 5500 1000 0447 1314 4709 7279 Consulta de autenticidade no portal da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342210167431512 08/09/2021 16:18:17	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDE DE MERCADORIA				CNPJ 13.266.290/0001-61			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 256331561		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO					

DESTINATÁRIO / REMETENTE				CNPJ / CPF 11.074.062/0002-45		DATA DA EMISSÃO 08/09/2021	
NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE				BAIRRO / DISTRITO CENTRO MUNICIPIO DE PENHA		CEP 88385-000	
ENDEREÇO RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415				MUNICIPIO PENHA		UF SC	
MUNICIPIO PENHA				TELEFONE / FAX (47)3345-6756		INSCRIÇÃO ESTADUAL 16:18:12	

DUPLICATAS	
Número	001
Vencimento	11/09/2021
Valor R\$	65.100,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 65.100,00	
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 65.100,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
NOME / RAZÃO SOCIAL				MUNICIPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL					
ENDEREÇO													
QUANTIDADE 2946		ESPECIE		MARCA		NUMERAÇÃO 0		PESO BRUTO 162.030,00		PESO LÍQUIDO			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %	
52	OXIGENIO MED CIL 10M ONU 1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO 2.2	28044000	0102	5102	M3	2.940,00	22,00	0,00	64.680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
67	OXIGENIO MED CIL 1M ONU 1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO 2.2	28044000	0102	5102	M3	6,00	70,00	0,00	420,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CERTIFICO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e aceito Conforme convênio: Em <u>08/10/2021</u> Assinatura: <u>Fabiano Amorim</u> Nome: <u>Fabiano Amorim</u> Cargo: <u>Administrador Judicial</u> <u>Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde</u> CNPJ 11.074.062/0002-45														

CÁLCULO DO ISSQN		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00		VALOR TOTAL DO ISSQN 0,00	
-------------------------	--	---------------------	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--

DADOS ADICIONAIS		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO	
37284/37438/37442/40177/37268/39940/37918/40135/39925/39943/37294/37412/37274/37427/37278 lote bry 20001412 PERMITE O APROVEITAMENTO DO CRÉDITO DE ICMS CORRESPONDENTE À ALÍQUOTA DE 3,35 %, NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123		Cliente Fantasia: 1180 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE Trib aprox R\$: 8.755,95 Federal e 11.067,00 Estadual Fonte: IBPT			


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 40177**

Data: 29 / 04 / 21

Vendedor: Augustus

Cliente: Hospital de Penha

Rua: _____ N°: _____

Bairro: Penha Município: Itaipava CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
350	m ³	Oxigênio 350 m ³		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 40135**

Data: 10 / 05 / 21

Vendedor: [assinatura]

Cliente: Hospital de Roraima

Rua: _____ N°: _____

Bairro: Roraima Município: Jurema CEP: _____ Est: 5

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
200	m ³	Oxigênio 200M		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
21	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

[assinatura]
Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO****39925**Data: 11 / 05 / 21Vendedor: gabrielCliente: HOSPITAL DE PENHA

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: PENHA CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>140</u>	<u>m³</u>	<u>Oxigênio MEDICINAL</u>		
	<u>Kg</u>	<u>Acetileno</u>		
	<u>m³</u>	<u>Argônio</u>		
	<u>m³</u>	<u>Argônio N50</u>		
	<u>m³</u>	<u>Coogar 225</u>		
	<u>m³</u>	<u>Nitrogênio</u>		
	<u>m³</u>	<u>Nitrogênio N50</u>		
	<u>Kg</u>	<u>CO₂</u>		
	<u>m</u>	<u>Hélio</u>		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

[Assinatura]
Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 39940**

Data: 14 / 05 / 21

Vendedor: JOSÉ

Cliente: HOSPITAL PIEDRA

Rua: N°

Bairro: Município: PIEDRA CEP: Est: SC

CNPJ/CPF: I. Est./RG:

Fone: Celular: Fone Ref.:

Ponto de Referência:

Cond. Pagto.

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
150	m ³	Oxigênio MIO		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.:

Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 39943**

Data: 17 / 05 / 2021

Vendedor: _____

Cliente: HOSPITAL PENHA

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: PENHA CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
370	m³	Oxigênio		
	Kg	Acetileno		
	m³	Argônio		
	m³	Argônio N50		
	m³	Coogar 225		
	m³	Nitrogênio		
	m³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

*** Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.**

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador

Data: 19 05 2021
Vendedor: SOSUE

Cliete: HOSPITAL PENHA
Rua: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Município: PENHA CEP: _____ Est: SC
CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____
Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____
Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>120</u>	m ³	Oxigênio		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Bruna BIA Machado.
Ass. Comprador

Data: 28.05.2021
Vendedor: JOSUÉ

Cliente: HOSPITAL PENHA

Rua _____ N° _____

Bairro _____ Município: PENHA CEP _____ Est. SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>150</u>	m ³	Oxigênio		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá um prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Danielle

Ass. Comprador



RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 037274

Data: 01.06.21
Vendedor: Gilmar

Cliente: HOSPITAL PENHA

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: PENHA CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

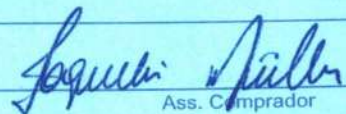
Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto.

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
140	m ³	Oxigênio MEDICINAL		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca. TOTAL R\$

Obs.: _____


Ass. Comprador


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 037278**Data: 05/06/21
Vendedor: JOSECliente: HOSPITAL PRIMA

Rua _____ N° _____

Bairro _____ Município: PRIMA CEP _____ Est. SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>150</u>	m ³	Oxigênio <u>MED.</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

*** Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.** TOTAL R\$

Obs.: _____

Bruna B A Machado
Ass. Comprador


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e Especiais

RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251

BAIRRO AVENTUREIRO

CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC

FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592

CEL.: 98837-1510 / 98837-1577

gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 037284

Data:

08, 06, 21

Vendedor:

gilmar

Cliente:

HOSPITAL PENHA

Rua:

Nº

Bairro:

Município:

PENHA

CEP:

Est:

SC

CNPJ/CPF:

I. Est./RG:

Fone:

Celular:

Fone Ref.:

Ponto de Referência:

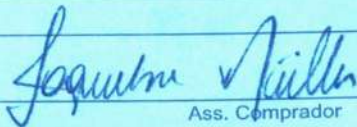
Cond. Pagto.

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
570	m ³	Oxigênio MEDICINAL		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
2	m ³	Hélio		
		OXIG MEDICINAL		

* Qualquer problema com o produto, o comprador
terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.:



Ass. Comprador


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO** 037294

Data:

14.06.21

Vendedor:

Guilherme

Cliente HOSPITAL DE PENHA

Rua

Nº

Bairro

Município: PENHA

CEP

Est

SC

CNPJ/CPF

I. Est./RG:

Fone:

Celular:

Fone Ref.:

Ponto de Referência:

Cond. Pagto.

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
350	m ³	Oxigênio <u>MEDICINAL</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.:

Bruna

Ass. Comprador



RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 037412

Data: 22, 06, 21
Vendedor:

Cliente HOSPITAL DE PENHA

Rua N°

Bairro Município: PENHA CEP Est. SC

CNPJ/CPF I. Est./RG:

Fone: Celular: Fone Ref.:

Ponto de Referência:

Cond. Pagto.

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
180	m ³	Oxigênio MEDICINAL		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.:

Ass. Comprador

GÁSOLDA

Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e Especiais

RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 037427

Data: 26 / 06 / 2021

Vendedor: JOSE

Cliente MOSPITAL PENHA

Rua _____ N° _____

Bairro _____ Município: PENHA CEP _____ Est. SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>120</u>	m ³	Oxigênio <u>MED</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador
terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.:

[Assinatura]
Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 037438**Data: 02 / 07 / 21Vendedor: gabrielCliente HOSP PENHA

Rua _____ N° _____

Bairro _____ Município: PENHA CEP _____ Est SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>150</u>	<u>m³</u>	<u>Oxigênio MEDICINAL</u>		
	<u>Kg</u>	<u>Acetileno</u>		
	<u>m³</u>	<u>Argônio</u>		
	<u>m³</u>	<u>Argônio N50</u>		
	<u>m³</u>	<u>Coogar 225</u>		
	<u>m³</u>	<u>Nitrogênio</u>		
	<u>m³</u>	<u>Nitrogênio N50</u>		
	<u>Kg</u>	<u>CO₂</u>		
	<u>m</u>	<u>Hélio</u>		
<u>05</u>	<u>1 m³</u>	<u>OXIG MEDICINAL</u>		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 037442**Data: 08.07.21Vendedor: gummiCliente HOSPITAL PENHA

Rua _____ N° _____

Bairro _____ Município: PENHA CEP _____ Est SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>209</u>	m ³	Oxigênio <u>MEI</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

*** Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.**

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador

13/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 09:35:12
541105411 0001
COMPROVANTE DE TED

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6
=====

NR. DOCUMENTO	91.302
DATA DA TRANSFERENCIA	13/09/2021
REMETENTE	FABIANO AMORIM
FAVORECIDO	GHM GESTAO HOSPITALAR E S
CNPJ	24.505.433/0001 67
BANCO	748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA	2606 SICREDI VALE LI CONTA 000000643963
FINALIDADE	001 CREDITO EM CONTA
ORIGEM DO DEBITO	CONTA CORRENTE
VALOR	94.600,80
VALOR TOTAL	94.600,80

=====

NR.AUTENTICACAO	5.3FA.3FF.70F.006.D58
-----------------	-----------------------

Convênio/SC
nº 2021TR000993



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ
SECRETARIA DA FAZENDA



Número da Nota Fiscal

234

Série: E

Data Emissão: 08/09/2021

Certificação: CF741-991CF

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVICOS MEDICOS LTDA
Nome Fantasia: GHM GESTAO HOSPITALAR
CNPJ/CPF: 24.505.433/0001-67 Insc. Municipal: 165431
Endereço: 1528
Bairro: CENTRO
Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ
E-mail: ghmgestaohospitalar@gmail.com

Insc. Estadual:
Nº: 145
Compl.: SALA 02
UF: SC CEP: 88330-540
Telefone: 4733665510

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CNPJ/CPF: 11.074.062/0002-45
Endereço: RUA CALIXTO LUIZ HONÓRIO
Bairro: CENTRO
Município: PENHA
E-mail: institutoadonhiran@gmail.com

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:
Nº: 145
Compl.:
UF: SC CEP: 88385-000
Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA MÉDICA, PARA PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIA CLÍNICA COM DIAGNÓSTICO E OU SUSPEITA DE COVID-19, ATÉ 25 LEITOS, SERVIÇO REALIZADO NAS DEPENDÊNCIAS DO CONTRATANTE, PERÍODO INÍCIO ÀS 07:00 DO DIA 18 DE JUNHO 2021 ATÉ 07:00 DO DIA 18 DE JULHO DE 2021.

TOTALIZANDO 720 HORAS MÊS.

Item

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA MÉDICA

Tributável
Sim

Qtde.
720,00

VI. Unitário R\$
140,0000

Total R\$
100.800,00

Nº 2021/JP 000 993
CERTIFICO que o material/serviço constante
neste documento foi recebido/prestado e aceito
Conforme convênio:
Em 08/10/2021
Assinatura
Nome: Fabiano Amorim
Cargo: Administrador Judicial
Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde
CNPJ 11.074.062/0002-45

Valor Tributável:
R\$ 100.800,00

Valor não Tributável:
R\$ 0,00

VALOR BRUTO DA NOTA

R\$ 100.800,00

Valor Total das Deduções:
R\$ 0,00

Desconto Incondicionado:
R\$ 0,00

Desconto Condicionado:
R\$ 0,00

Base de Cálculo:
R\$ 100.800,00

Alíquota:
2,0000%

Valor do ISS:
R\$ 2.016,00

PIS: 0,650%
R\$ 655,20

COFINS: 3,000%
R\$ 3.024,00

INSS: 0,000%
R\$ 0,00

IR: 1,500%
R\$ 1.512,00

CSLL: 1,000%
R\$ 1.008,00

Outras Retenções:
R\$ 0,00

Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA

R\$ 94.600,80

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: 09/2021

Local do Recolhimento: BALNEÁRIO CAMBORIÚ/SC

Data Geração: 08/09/2021 14:08:56

Recolhimento: Sem Retenção

Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

CNAE: 8610101

Observações: PAGAMENTO VIA TRANSFERÊNCIA PARA BANCO SICREDI (748) AGENCIA 2606 CONTA CORRENTE 64396-3.

Impresso em: 08/09/2021 às 14:09:51

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Recebi(emos) de: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVICOS MEDICOS LTDA
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 234
Certificação
CF741-991CF

Data

Assinatura do Recebedor

DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	
1	TERÇA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	
2	QUARTA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	
3	QUINTA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	<i>[Assinatura]</i> Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	<i>[Assinatura]</i> Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM/SC 13709	
4	SEXTA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Vago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	<i>[Assinatura]</i> Vago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	<i>[Assinatura]</i> Vago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	
5	SÁBADO	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	
6	DOMINGO	<i>[Assinatura]</i> Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM/SC 13709	<i>[Assinatura]</i> Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM/SC 13709	<i>[Assinatura]</i> Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM/SC 13709	
7	SEGUNDA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	<i>[Assinatura]</i> Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20539	
8	TERÇA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	<i>[Assinatura]</i> Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	
9	QUARTA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	<i>[Assinatura]</i> Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	
10	QUINTA-FEIRA	<i>[Assinatura]</i> Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	<i>[Assinatura]</i> Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	<i>[Assinatura]</i> Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20539	

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS					FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC		MÊS	JUNHO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 13:00 - 19:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 19:00 - 7:00 CARIMBO E ASSINATURA	OBSERVAÇÃO	
11	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706		
12	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749		
13	DOMINGO	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM/SC 27706	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340		
14	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Leanderson A. Rocha Médico CRM/SC 20.539		
15	TERÇA-FEIRA	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743		
16	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222		
17	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Tengor Tassian Jr. Médico em Trabalho CRM-SC 13703		
18	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706		
19	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749		
20	DOMINGO	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222		

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS				FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA				MES	JUNHO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 13:00 - 19:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 19:00 - 7:00 CARIMBO E ASSINATURA	OBSERVAÇÃO
21	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
22	TERÇA-FEIRA	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	
23	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	
24	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
25	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
26	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	
27	DOMINGO	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13720 - ROE 6853	
28	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
29	TERÇA-FEIRA	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRMsc 29743	
30	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS					FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC		MÊS	JULHO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO	
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA		
1	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709		
2	SEXTA-FEIRA	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709	Dra. Iara Lúcia Gomes Médica CRM-SC 29745		
3	SÁBADO	Dra. Emannelly Durdos Rocha MÉDICA CRM-SC 29744	Dra. Emannelly Durdos Rocha MÉDICA CRM-SC 29744	Dra. Emannelly Durdos Rocha MÉDICA CRM-SC 29744		
4	DOMINGO	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRM-SC 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRM-SC 29743	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709		
5	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
6	TERÇA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
7	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709		
8	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM-SC 20539		
9	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706		
10	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749		

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS				FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC	MÊS	JULHO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	
11	DOMINGO	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709	
12	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
13	TERÇA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
14	QUARTA-FEIRA	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM-SC 20.539	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico Pediatra CRM-SC 13709 - ROE 6853	
15	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13709	
16	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
17	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM-SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM-SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM-SC 29.749	
18	DOMINGO	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13709	
19	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
20	TERÇA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS

FICHA PONTO

MÉDICO

HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA

PENHA - SC

MÊS

JULHO / 2021

DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	
21	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
22	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 - RQE 19 139	
23	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
24	SÁBADO	Dr. Gustavo Tereza Diniz CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Tereza Diniz CRM/SC 29.749	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
25	DOMINGO	Marcos Ramos Cruz Médico CRM-SC 31235	Marcos Ramos Cruz Médico CRM-SC 31235	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
26	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 - RQE 19 139	
27	TERÇA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
28	QUARTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
29	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
30	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	

31	SÁBADO				

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA

FICHA PONTO
PENHA - SC

MÊS
JULHO / 2021

NOME COMPLETO

TELEFONES CONTATO

C R M - ESPECIFICAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA

APROVAÇÃO DIRETOR TÉCNICO / COORDENAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA

13/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 09:37:48
541105411 0001

COMPROVANTE DE TED

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6
=====

NR. DOCUMENTO	91.303
DATA DA TRANSFERENCIA	13/09/2021
REMETENTE	FABIANO AMORIM
FAVORECIDO	QUALIFISIO CLINICA DE FIS
CNPJ	10.911.430/0001 19
BANCO	136 CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
AGENCIA 1202 PAC BRUSQUE	CONTA 000000855154
FINALIDADE	001 CREDITO EM CONTA
ORIGEM DO DEBITO	CONTA CORRENTE
VALOR	9.000,00
VALOR TOTAL	9.000,00

=====

NR.AUTENTICACAO	F.551.22F.E50.438.C36
-----------------	-----------------------

Convênio/SC

Nº 2021 TR 000993

QUALIFISIO QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA CNPJ: 10.911.430/0001-19 RUA AZAMBUJA, 1089 - HOSPITAL DE AZAMBUJA CEP: 88353-460 - Bairro: AZAMBUJA Município: BRUSQUE - SC Insc. Municipal: 60039	Número da NFS-e 1420	
	Situação Emitido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

 Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Brusque Secretaria da Fazenda	Autenticidade 0180550070246952	
	Data Emissão 08/09/2021	Hora Emissão 15:45:56

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome Fantasia HOSPITAL DE PENHA		
Razão Social INSTITUTO ADORHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE		
CPF/CNPJ 11.074.062/0002-45	IE ISENTO	
Endereço RUA CALIXTO LUIZ HONORIO	Número 415	Complemento
Bairro CENTRO	CEP 88385-000	Cidade - Estado PENHA - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
408	8055	2.4400 %	TI	9.000,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço:
tratamento de fisioterapia

Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total
9.000,00	219,60	0,00	0,00	9.000,00
IR 0,00	INSS 0,00	CSLL 0,00	COFINS 0,00	PIS 0,00

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

408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Legenda do local da prestação do serviço

8055 - BRUSQUE - SC

Outras Informações

TI - Tributada integralmente.

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Não gera direito a crédito fiscal de IPI

(408) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 1092/2011 de 14/09/2011.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 11/10/2021.

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net.

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 1.210,50 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 187,20 (2.0800%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Software FiscalWeb- IPM Sistemas - Protegido por Lei.

CERTIFICO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e aceito

Conforme convênio: 78.8021 DE 09/09/13

Em 08/09/2021

Fabiano Amorim

Nome: **Administrador Judicial**

Cargo: **Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde**

CNPJ 11.074.062/0002-45

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
13/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 09.39.56
5411905411

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 5411 - PENHA	SC
CODIGO DE BARRAS	85640000015 12000064129
	31110740620 00117081273
DATA DO PAGAMENTO	13/09/2021
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	1.512,00

=====

AUTENTICACAO SISBB: B.F7F.869.785.99F.6BD

Modelo Aprovado pela SRF - ADE

Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

Convênio/SC
nº 2021 TR 000993

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
Retenção IRRF Serviços Tomad - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.512,00
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.512,00

85640000015-9 12000064129-6 31110740620-0 00117081273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
Retenção IRRF Serviços Tomad - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.512,00
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.512,00

85640000015-9 12000064129-6 31110740620-0 00117081273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio/SC
 nº 2021 TR 000993

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
13/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 09.40.35
5411905411

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 5411 - PENHA	SC
CODIGO DE BARRAS	85630000046 87200064129
	31110740620 00159521273
DATA DO PAGAMENTO	13/09/2021
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	4.687,20

=====

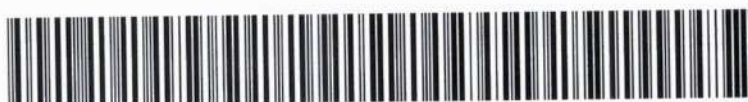
AUTENTICACAO SISBB: C.DAE.10C.D40.B50.039

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

Convênio/SC
nº 2021 TR 000993

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.687,20
Retenção PIS/CSLL/Cofins Men - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.687,20

85630000046-5 87200064129-2 31110740620-0 00159521273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.687,20
Retenção PIS/CSLL/Cofins Men - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.687,20

85630000046-5 87200064129-2 31110740620-0 00159521273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio/SC
 nº 2021 TR000993

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 13.32.33
5411905411

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 5411 - PENHA SC

CODIGO DE BARRAS 85630000046 87200064129

31110740620 00159521273

DATA DO PAGAMENTO 24/09/2021

PERIODO DE APURACAO -----

NUMERO DO CPF -----

CODIGO DA RECEITA -----

NUMERO DE REFERENCIA -----

DATA DO VENCIMENTO -----

RECEITA BRUTA ACUMULADA -----

PERCENTUAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----

VALOR TOTAL 4.687,20

=====

AUTENTICACAO SISBB: 7.944.AFE.BA3.027.812

Modelo Aprovado pela SRF - ADE

Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

Convênio/SC
nº 2021 TR 000993

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
Retenção PIS/CSLL/Cofins Men - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.687,20
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.687,20

85630000046-5 87200064129-2 31110740620-0 00159521273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
Retenção PIS/CSLL/Cofins Men - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.687,20
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.687,20

85630000046-5 87200064129-2 31110740620-0 00159521273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio/SC
 nº 2021 TR 000993

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 13.33.52
5411905411

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 5411 - PENHA SC

CODIGO DE BARRAS 85640000015 12000064129

31110740620 00117081273

DATA DO PAGAMENTO 24/09/2021

PERIODO DE APURACAO -----

NUMERO DO CPF -----

CODIGO DA RECEITA -----

NUMERO DE REFERENCIA -----

DATA DO VENCIMENTO -----

RECEITA BRUTA ACUMULADA -----

PERCENTUAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----

VALOR TOTAL 1.512,00

=====

AUTENTICACAO SISBB: 0.A87.D2B.D22.B07.499

Modelo Aprovado pela SRF - ADE

Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

Convênio/SC

nº 2021 TR000993

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923 Retenção IRRF Serviços Tomad - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.512,00
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.512,00

85640000015-9 12000064129-6 31110740620-0 00117081273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923 Retenção IRRF Serviços Tomad - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.512,00
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.512,00

85640000015-9 12000064129-6 31110740620-0 00117081273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio/SC
 nº 2021 TR000993



TED - Transferência Eletrônica Disponível

G338241300009887009
24/09/2021 13:09:10

Debitado

Agência 5411-9
Conta corrente 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 2606 SICREDI VALE LITORAL SC
Conta corrente (com DV) 643963
Conta Pagamento 0000
CNPJ 24.505.433/0001-67
Nome favorecido GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVICOS MEDICO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 92.401
Valor 94.600,80
Data transferência 24/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB 01738DB26F3BE096

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088**Convênio/SC**

nº 2021 TR 000 993

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E		Número da Nota Fiscal 245			
		Série: E			
		Data Emissão: 21/09/2021			
		Certificação: 70423-9DE3D			
DADOS DO PRESTADOR					
Nome/Razão Social: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVICOS MEDICOS LTDA Nome Fantasia: GHM GESTAO HOSPITALAR CNPJ/CPF: 24.505.433/0001-67 Insc. Municipal: 165431 Insc. Estadual: Nº: 145 Endereço: 1528 Bairro: CENTRO Compl.: SALA 02 Município: BALNEÁRIO CAMBORIÚ UF: SC CEP: 88330-540 E-mail: ghmgestaohospitalar@gmail.com Telefone: 4733665510					
DADOS DO TOMADOR					
Nome/Razão Social: INSTITUTO ADHONIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE Insc. Municipal: Insc. Estadual: CNPJ/CPF: 11.074.062/0002-45 Endereço: RUA CALIXTO LUIZ HONÓRIO N°: 145 Bairro: CENTRO Município: PENHA Compl.: E-mail: institutoadonhiran@gmail.com UF: SC CEP: 88385-000 Telefone: 					
DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO					
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA MÉDICA, PARA PACIENTES INTERNADOS EM ENFERMARIA CLÍNICA COM DIAGNÓSTICO E OU SUSPEITA DE COVID-19, ATÉ 25 LEITOS, SERVIÇO REALIZADO NAS DEPENDÊNCIAS DO CONTRATANTE, PERÍODO INÍCIO ÀS 07:00 DO DIA 18 DE JULHO 2021 ATÉ 07:00 DO DIA 17 DE AGOSTO DE 2021. TOTALIZANDO 720 HORAS MÊS.					
Item PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA MÉDICA <i>NE 2021 DR 000993</i> CERTIFICO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e aceito Conforme convênio: Em <u>08 / 10 / 2021</u> Assinatura _____ Nome: _____ Cargo: Fabiano Amorim Administrador Judicial Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde CNPJ 11.074.062/0002-45		Tributável Sim	Qtde. 720,00	Vl. Unitário R\$ 140,0000	Total R\$ 100.800,00
Valor Tributável: R\$ 100.800,00	Valor não Tributável: R\$ 0,00	VALOR BRUTO DA NOTA		R\$ 100.800,00	
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00	Desconto Incondicionado: R\$ 0,00	Desconto Condicionado: R\$ 0,00	Base de Cálculo: R\$ 100.800,00	Alíquota: 2,0000%	Valor do ISS: R\$ 2.016,00
PIS: 0,650% R\$ 655,20	COFINS: 3,000% R\$ 3.024,00	INSS: 0,000% R\$ 0,00	IR: 1,500% R\$ 1.512,00	CSLL: 1,000% R\$ 1.008,00	Outras Retenções: R\$ 0,00
Valor Aproximado de Impostos: Federais R\$ 0,00 Estaduais R\$ 0,00 Municipais R\$ 0,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA		R\$ 94.600,80
ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO					
4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.					
OUTRAS INFORMAÇÕES					
Mês de Competência: 09/2021		Local do Recolhimento: BALNEÁRIO CAMBORIÚ/SC		Data Geração: 21/09/2021 15:36:41	
Recolhimento: Sem Retenção		Tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)			
CNAE: 8610102					
Observações: PAGAMENTO VIA TRANSFERÊNCIA PARA BANCO SICREDI AGENCIA 2606 CONTA CORRENTE 64396-3.					
Impresso em: 21/09/2021 às 15:37:54			O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.		
Recebi(emos) de: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVICOS MEDICOS LTDA Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica. _____/_____/_____ Data			NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Número: 245 Certificação 70423-9DE3D		
Assinatura do Recebedor					

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS					FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC		MÊS	JULHO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO	
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA		
1	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709		
2	SEXTA-FEIRA	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709	Dra. Iara Lúcia Gomes Médica CRM-SC 29745		
3	SÁBADO	Dra. Emannelly Durdos Rocha MÉDICA CRM-SC 29744	Dra. Emannelly Durdos Rocha MÉDICA CRM-SC 29744	Dra. Emannelly Durdos Rocha MÉDICA CRM-SC 29744		
4	DOMINGO	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRM-SC 29743	Dra. Leidiane Vilasboas Lacerda MÉDICA CRM-SC 29743	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709		
5	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
6	TERÇA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
7	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709		
8	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM-SC 20539		
9	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706		
10	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749		

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS				FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC	MÊS	JULHO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	
11	DOMINGO	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico CRM-SC 13709	
12	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
13	TERÇA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
14	QUARTA-FEIRA	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM-SC 20.539	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico Pediatra CRM-SC 13709 - ROE 6853	
15	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13709	
16	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
17	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM-SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM-SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM-SC 29.749	
18	DOMINGO	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Dr. Lenor Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13709	
19	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Daniel A. Rocha Médico CRM/SC 20.539	
20	TERÇA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MEDICOS

FICHA PONTO

MÉDICO

HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA

PENHA - SC

MÊS

JULHO / 2021

DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00	ESCALA 13:00 - 19:00	ESCALA 19:00 - 7:00	OBSERVAÇÃO
		CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	CARIMBO E ASSINATURA	
21	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
22	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 - RQE 19 139	
23	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
24	SÁBADO	Dr. Gustavo Tereza Diniz CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Tereza Diniz CRM/SC 29.749	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
25	DOMINGO	Marcos Ramos Cruz Médico CRM-SC 31235	Marcos Ramos Cruz Médico CRM-SC 31235	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
26	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 - RQE 19 139	
27	TERÇA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
28	QUARTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	
29	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico do Trabalho CRM-SC 13703	
30	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta Médico CRM-SC 27706	

31	SÁBADO				
----	--------	--	--	--	--

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA

FICHA PONTO
PENHA - SC

MÊS
JULHO / 2021

NOME COMPLETO

TELEFONES CONTATO

C R M - ESPECIFICAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA

APROVAÇÃO DIRETOR TÉCNICO / COORDENAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS					FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC		MÊS	AGOSTO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 13:00 - 19:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 19:00 - 7:00 CARIMBO E ASSINATURA	OBSERVAÇÃO	
1	DOMINGO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Lenoir Tissiani Jr. CRM/SC 13703		
2	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
3	TERÇA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
4	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222		
5	QUINTA-FEIRA	Vicente Andreatta Dalcol Médico CRM-SC 31253	Vicente Andreatta Dalcol Médico CRM-SC 31253	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
6	SEXTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico Pediatra CRM/SC 13703 - RQE 6853		
7	SÁBADO	* Vicente A. Dalcol Médico - CRM/SC 31253	Vicente A. Dalcol Médico 31253	Danilo Moura Granja MÉDICO CLÍNICO GERAL CRM-SC 30838		
8	DOMINGO	Marcos Ramos Cruz Médico CRM-SC 31235	Marcos Ramos Cruz Médico CRM-SC 31235	Dr. Lenoir Tissiani Jr. Médico de Trabalho CRM-SC 13703		
9	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		
10	TERÇA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 RQE 19 139		

* Correção: Vicente-Dini 06 e 07

GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS					FICHA PONTO	MÉDICO
HOSPITAL DE PENHA - ENFERMARIA			PENHA - SC		MÊS	AGOSTO / 2021
DIA	SEMANA	ESCALA 07:00 - 13:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 13:00 - 19:00 CARIMBO E ASSINATURA	ESCALA 19:00 - 7:00 CARIMBO E ASSINATURA	OBSERVAÇÃO	
11	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222		
12	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Dr. Lenoir Tissiari Jr. Médico Trabalho CRM-SC 13703		
13	SEXTA-FEIRA	Vicente Andreotta Dalcol Médico CRM-SC 31253	Vicente Andreotta Dalcol Médico CRM-SC 31253	Vicente Andreotta Dalcol Médico CRM-SC 31253		
14	SÁBADO	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749	Dr. Gustavo Trevisan Dini CRM/SC 29.749		
15	DOMINGO	Dr. Lenoir Tissiari Jr. Médico Trabalho CRM-SC 13703	Dr. Lenoir Tissiari Jr. Médico Trabalho CRM-SC 13703	Dr. Lenoir Tissiari Jr. Médico Trabalho CRM-SC 13703		
16	SEGUNDA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 ROE 19 139		
17	TERÇA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 ROE 19 139		
18	QUARTA-FEIRA	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222	Leandro de Aguiar Pereira Médico CRM-SC 29222		
19	QUINTA-FEIRA	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	Nathália Stefany S. Souza MÉDICA CRM-SC 29340	DR. DANIEL ROCHA ANESTESIOLOGISTA CRM/SC 20539 ROE 19 139		
20	SEXTA-FEIRA	Yago M. Evangelista Pimenta MÉDICO CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta MÉDICO CRM-SC 27706	Yago M. Evangelista Pimenta MÉDICO CRM-SC 27706		

**TED - Transferência Eletrônica Disponível**G338241300009887013
24/09/2021 13:10:33

Debitado

Agência 5411-9
Conta corrente 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 2602 CCPINNSC - SICREDI NORTE SC
Conta corrente (com DV) 395005
Conta Pagamento 0000
CNPJ 13.266.290/0001-61
Nome favorecido GASOLDA COMERCIO VAREJISTA DE OXIGENIO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 92.402
Valor 35.780,00
Data transferência 24/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB FCDE01279DC5D0D9

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio/SC
nº 2021 TR000993

Recebemos de GASOLDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE - RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 - CENTRO MUNICIPIO DE PENHA - PENHA - SC.		NF-e Nº 000.045.245 Série 001	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

Recebemos de GASOLDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE - RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 - CENTRO MUNICIPIO DE PENHA - PENHA - SC.		NF-e Nº 000.045.245 Série 001	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		



GASOLDA
LEOPOLDO VIEIRA, 1 AVENTUREIRO
JOINVILLE - SC - CEP 89226-189
Fone: (47)3028-1597
gasolda@gasolda.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 000.045.245
Série 001
1/1



CHAVE DE ACESSO
4221 0913 2662 9000 0161 5500 1000 0452 4519 4983 5609

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342210177114901 22/09/2021 10:32:08	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 256331561	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 13.266.290/0001-61	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE		CNPJ / CPF 11.074.062/0002-45	DATA DA EMISSÃO 22/09/2021
ENDEREÇO RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415		BAIRRO / DISTRITO CENTRO MUNICIPIO DE PENHA	CEP 88385-000
MUNICÍPIO PENHA	UF SC	TELEFONE / FAX (47)3345-6756	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 10:32:01

DUPLICATAS

Número	: 001
Vencimento	: 25/09/2021
Valor RS	: 35.780,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 35.780,00
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 35.780,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 1627	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO 0	PESO BRUTO 89.449,998	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
52	OXIGENIO MED CIL 10M ONU 1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO 2.2 <i>Nº 2021 000993</i>	28044000	0102	5102	M3	1.626,3636	22,00	0,00	35.780,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CERTIFICO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e aceito Conforme convênio:

Em 08/10/2021

Assinatura

Nome: _____

Cargo: **Fabiano Amorim**

Administrador Judicial
Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde
CNPJ 11.074.062/0002-45

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR TOTAL DO ISSQN 0,00
---------------------	---	---	-------------------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 37123/37105/37138/17131/38287/408599/37149/38212/38276/40755/38291/38277/38486/41242 PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE 3,35 %, NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123 Cliente Fantasia: 1180 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE Trib aprox RS: 4.812,41 Federal e 6.082,60 Estadual Fonte: IBPT	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 037105**Data: 14 / 07 / 21Vendedor: JulmaCliente: HOSPITAL PENHA

Rua: _____ N° _____

Bairro: _____ Município: PENHA CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

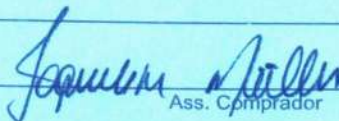
Ponto de Referência: _____

				Cond. Pagto.	
QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL	
	<u>100</u> m ³	Oxigênio <u>MED</u>			
	Kg	Acetileno			
	m ³	Argônio			
	m ³	Argônio N50			
	m ³	Coogar 225			
	m ³	Nitrogênio			
	m ³	Nitrogênio N50			
	Kg	CO ₂			
	m	Hélio			

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____


Ass. Comprador


GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 037123**Data: 20.07.21Vendedor: JulianaCliente: HOSPITAL PENHA

Rua: _____ N°: _____

Bairro: _____ Município: PENHA CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

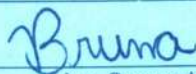
Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>90 m</u>	m ³	Oxigênio		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador
terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: 1 LIVRE TROCA CILINDRO LACRADOVAZIO

Ass. Comprador

037131

GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e Especiais

CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC

FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592

CEL.: 98837-1510 / 98837-1577

gasolda@gasolda.com.br

Data: 23, 07, 21

Vendedor: *Guilherme*Cliente: *NOSP PENHA*

Rua: _____ N°: _____

Bairro: _____ Município: *PENHA* CEP: _____ Est: *SC*

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

					Cond. Pagto.
QUANT.	UNIDADE		DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<i>100</i>	<i>m³</i>	m³	Oxigênio		
		Kg	Acetileno		
		m³	Argônio		
		m³	Argônio N50		
		m³	Coogar 225		
		m³	Nitrogênio		
		m³	Nitrogênio N50		
		Kg	CO ₂		
		m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador
terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Joqueline Müller
Ass. Comprador

Data: 28/07/21

Vendedor: *Guilherme*

Cliente: *HOSPITAL PENHA*

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: *PENHA* CEP: _____ Est: *SC*

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<i>100</i>	m ³	Oxigênio <i>MED</i>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Leandro Müller
Ass. Comprador

GÁSOLDA

Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e Especiais

RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 037149

Data: 1 / 08 / 21

Vendedor: 100605

Cliente: Hospital de Pem HP

Rua _____ Nº _____

Bairro _____ Município: Pem HP CEP _____ Est SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>150M</u>	<u>150</u> m ³	Oxigênio <u>150 M</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

[Assinatura]

Ass. Comprador

GÁSOLDA

Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e Especiais

RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 038212

Data: 03 / 08 / 21

Vendedor: João

Cliente Hospitais de Pimão

Rua _____ Nº _____

Bairro _____ Município: Pimão CEP _____ Est. SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>150</u>	<u>150 m³</u>	<u>Oxigênio 150 m²</u>		
	Kg	Acetileno		
	m³	Argônio		
	m³	Argônio N50		
	m³	Coogar 225		
	m³	Nitrogênio		
	m³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

João
Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO** 038276

Data: 5 / 08 / 21

Vendedor: Douglas

Cliente: Hospital de Rmto

Rua: _____ N° _____

Bairro: _____ Município: Rmto CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
150	150 m ³	Oxigênio 150 M		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1592 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO** 038277

Data: 6 / 08 / 21

Vendedor: 1208/05

Cliente: Hospital Pemho

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: Pemho CEP: _____ Est: SC

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
250,00	25 m ³	Oxigênio 250 M		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador

GÁSOLDADistribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e Especiais

RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251

BAIRRO AVENTUREIRO

CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC

FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592

CEL.: 98837-1510 / 98837-1577

gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 038287Data: 11 / 08 / 21Vendedor: 200705Cliente HOSP: 102 de penit

Rua _____ N° _____

Bairro _____ Município: JLc CEP _____ Est SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>100</u>	<u>100</u> m ³	Oxigênio <u>100 m³</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____


Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 038291**Data: 14, 08, 21
Vendedor: gabrielCliente HOSPITAL PENHA

Rua _____ Nº _____

Bairro _____ Município: PENHA CEP _____ Est: SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>150</u>	<u>M</u> m ³	<u>Oxigênio MEDICINAL</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Luiz de L. S. Cavalcante
Engenheiro
Criciúma, SC 42200-000

Ass. Comprador

PEDIDO

40755

226-001 - JOINVILLE/SC
E (47)3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

Data:

Vendedor:

Distribuidora de Produtos Químicos,
Industriais, Medicinais e Especiais

Cliente _____ Nº _____

Rua _____ CEP _____ Est. 56

Bairro _____ Município: _____ I. Est./RG: _____

CNPJ/CPF _____ Fone Ref.: _____

Fone: _____ Celular: _____

Ponto de Referência: _____ Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
150	m ³	Oxigênio 150		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		
			TOTAL R\$	150,00

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

Obs.:

Ass. Comprador

DA
Industriais,
Sociais

RUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br

PEDIDO 40859

Data: 25 / 08 / 21

Vendedor: [assinatura]

Cliente: Hosp. Tol. de P. m. Ho

Rua: N°:

Bairro: Município: 3 m. H. CEP: Est: 56

CNPJ/CPF: I. Est./RG:

Fone: Celular: Fone Ref.:

Ponto de Referência:

Cond. Pagto.

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
100	100 m ³	Oxigênio 100		5
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.:

Ass. Comprador

Data: 2 / 09 / 21
Vendedor: 1204805

Cliente: Remo
Rua: _____ N°: _____
Bairro: _____ Município: Remo CEP: _____ Est: 96
CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____
Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____
Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
02	3 m ³	Oxigênio 6m ³		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

> Bruna
Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 41242**Data: 17 / 09 / 2021Vendedor: JOSUECliente: HOSPITAL DE PENA

Rua _____ Nº _____

Bairro _____ Município: PENHA CEP _____ Est. SC

CNPJ/CPF _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

Cond. Pagto. _____

QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
<u>30</u>	m ³	Oxigênio <u>MED.</u>		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

*** Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.**

TOTAL R\$

Obs.: _____

Bruna

Ass. Comprador

**GÁSOLDA**Distribuidora de Gases Industriais,
Medicinais e EspeciaisRUA: LEOPOLDO VIEIRA, 251
BAIRRO AVENTUREIRO
CEP: 89.226-001 - JOINVILLE/SC
FONE (47) 3028-1597 / 3028-1592
CEL.: 98837-1510 / 98837-1577
gasolda@gasolda.com.br**PEDIDO 41608**Data: 15 / 09 / 21
Vendedor: YUNO LUIZCliente: HOSPITAL DE ENM.

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____ Est: _____

CNPJ/CPF: _____ I. Est./RG: _____

Fone: _____ Celular: _____ Fone Ref.: _____

Ponto de Referência: _____

				Cond. Pagto.
QUANT.	UNIDADE	DESCRIÇÃO	PREÇO UNIT.	TOTAL
01	m ³	Oxigênio 1m ³		
	Kg	Acetileno		
	m ³	Argônio		
	m ³	Argônio N50		
	m ³	Coogar 225		
	m ³	Nitrogênio		
	m ³	Nitrogênio N50		
	Kg	CO ₂		
	m	Hélio		

* Qualquer problema com o produto, o comprador terá uma prazo de 48 horas para troca.

TOTAL R\$

Obs.: _____

Ass. Comprador

**TED - Transferência Eletrônica Disponível**G338241300009887013
24/09/2021 13:10:33

Debitado

Agência 5411-9
Conta corrente 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 2602 CCPINN-SC - SICREDI NORTE SC
Conta corrente (com DV) 395005
Conta Pagamento 0000
CNPJ 13.266.290/0001-61
Nome favorecido GASOLDA COMERCIO VAREJISTA DE OXIGENIO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 92.402
Valor 35.780,00
Data transferência 24/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB FCDE01279DC5D0D9

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio/SC
nº 2021 TR000993

Recebemos de GASOLDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE - RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 - CENTRO MUNICIPIO DE PENHA - PENHA - SC.		NF-e Nº 000.045.245 Série 001	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

Recebemos de GASOLDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE - RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 - CENTRO MUNICIPIO DE PENHA - PENHA - SC.		NF-e Nº 000.045.245 Série 001	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		



GASOLDA
LEOPOLDO VIEIRA, 1 AVENTUREIRO
JOINVILLE - SC - CEP 89226-189
Fone: (47)3028-1597
gasolda@gasolda.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 000.045.245
Série 001
1/1



CHAVE DE ACESSO
4221 0913 2662 9000 0161 5500 1000 0452 4519 4983 5609

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 342210177114901 22/09/2021 10:32:08	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 256331561	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 13.266.290/0001-61	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE		CNPJ / CPF 11.074.062/0002-45	DATA DA EMISSÃO 22/09/2021
ENDEREÇO RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415		BAIRRO / DISTRITO CENTRO MUNICIPIO DE PENHA	CEP 88385-000
MUNICÍPIO PENHA	UF SC	TELEFONE / FAX (47)3345-6756	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 10:32:01

DUPLICATAS

Número	: 001
Vencimento	: 25/09/2021
Valor RS	: 35.780,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 35.780,00
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 35.780,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 1627	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO 0	PESO BRUTO 89.449,998	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
52	OXIGENIO MED CIL 10M ONU 1072 OXIGENIO, COMPRIMIDO 2.2	28044000	0102	5102	M3	1.626,3636	22,00	0,00	35.780,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CERTIFICO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e aceito Conforme convênio:

Em 08/10/2021

Assinatura

Nome: _____

Cargo: **Fabiano Amorim**

Administrador Judicial

Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde

CNPJ 11.074.062/0002-45

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR TOTAL DO ISSQN 0,00
---------------------	---	---	-------------------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 37123/37105/37138/17131/38287/408599/37149/38212/38276/40755/38291/38277/38486/41242 PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE 3,35 %, NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123 Cliente Fantasia: 1180 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA DE SAUDE Trib aprox RS: 4.812,41 Federal e 6.082,60 Estadual Fonte: IBPT	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

**TED - Transferência Eletrônica Disponível**G338241300009887016
24/09/2021 13:13:57**Debitado**

Agência 5411-9
Conta corrente 12420-6 INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

Creditado

Banco 136 CONF NAC COOP CENTRAIS UNICRED
Agência (sem DV) 1202 PAC BRUSQUE
Conta corrente (com DV) 855154
Conta Pagamento 0000
CNPJ 10.911.430/0001-19
Nome favorecido QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE A
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 92.403
Valor 9.000,00
Data transferência 24/09/2021
"C" - CPF/CNPJ diferente
Autenticação SISBB E00843F4E8658BF1

Transação efetuada com sucesso por: JC509046 FABIANO AMORIM.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio/SC
nº 2021TR000993

QUALIFISIO QUALIFISIO CLINICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA CNPJ: 10.911.430/0001-19 RUA AZAMBUJA, 1089 - HOSPITAL DE AZAMBUJA CEP: 88353-460 - Bairro: AZAMBUJA Município: BRUSQUE - SC Insc. Municipal: 60039	Número da NFS-e 1425	
	Situação Emitido	

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

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única		
 Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Brusque Secretaria da Fazenda	Autenticidade 0180550070604903	
	Data Emissão 21/09/2021	Hora Emissão 14:18:00

TOMADOR DO SERVIÇO		
Nome Fantasia HOSPITAL DE PENHA		
Razão Social INSTITUTO ADORHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE		
CPF/CNPJ 11.074.062/0002-45		IE ISENTO
Endereço RUA CALIXTO LUIZ HONORIO	Número 415	Complemento
Bairro CENTRO	CEP 88385-000	Cidade - Estado PENHA - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS						
Serviço	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
408	8055	2.3088 %	TI	9.000,00	0,00	0,00
Descrição do Serviço: tratamento de fisioterapia						
Base de Cálculo 9.000,00		Valor ISSQN 207,79	Valor ISSRF 0,00	Desconto 0,00	Valor Total 9.000,00	
IR 0,00		INSS 0,00	CSLL 0,00	COFINS 0,00	PIS 0,00	

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 106/03 408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.
Legenda do local da prestação do serviço 8055 - BRUSQUE - SC
Outras Informações TI - Tributada integralmente. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI (408) Serviço Tributado no município do prestador. Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 1092/2011 de 14/09/2011. A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 11/10/2021. A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net . Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 1.210,50 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 187,20 (2.0800%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.

Software FiscalWeb- IPM Sistemas - Protegido por Lei.

CERTIFICO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e aceito Conforme convênio: 2021/02 000993 Em 21/09/2021 Assinatura Fabiano Amorim Nome: Cargo: Administrador Judicial Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde CNPJ 11.074.062/0002-45

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 13.32.33
5411905411

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 5411 - PENHA SC

CODIGO DE BARRAS 85630000046 87200064129

31110740620 00159521273

DATA DO PAGAMENTO 24/09/2021

PERIODO DE APURACAO -----

NUMERO DO CPF -----

CODIGO DA RECEITA -----

NUMERO DE REFERENCIA -----

DATA DO VENCIMENTO -----

RECEITA BRUTA ACUMULADA -----

PERCENTUAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----

VALOR TOTAL 4.687,20

=====

AUTENTICACAO SISBB: 7.944.AFE.BA3.027.812

Modelo Aprovado pela SRF - ADE

Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

Convênio/SC
nº 2021 TR 000993

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
Retenção PIS/CSLL/Cofins Men - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.687,20
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.687,20

85630000046-5 87200064129-2 31110740620-0 00159521273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
Retenção PIS/CSLL/Cofins Men - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	4.687,20
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	4.687,20

85630000046-5 87200064129-2 31110740620-0 00159521273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio/SC
 nº 2021 TR 000993

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 13.33.52
5411905411

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS

AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 5411 - PENHA SC

CODIGO DE BARRAS 85640000015 12000064129

31110740620 00117081273

DATA DO PAGAMENTO 24/09/2021

PERIODO DE APURACAO -----

NUMERO DO CPF -----

CODIGO DA RECEITA -----

NUMERO DE REFERENCIA -----

DATA DO VENCIMENTO -----

RECEITA BRUTA ACUMULADA -----

PERCENTUAL -----

VALOR DO PRINCIPAL -----

VALOR DA MULTA -----

VALOR DOS JUROS -----

VALOR TOTAL 1.512,00

=====

AUTENTICACAO SISBB: 0.A87.D2B.D22.B07.499

Modelo Aprovado pela SRF - ADE

Conjunto Corat/Cotec n. 001, DE 2006

Convênio/SC

nº 2021 TR000993

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923 Retenção IRRF Serviços Tomad - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.512,00
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.512,00

85640000015-9 12000064129-6 31110740620-0 00117081273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	11.074.062/0001-64
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/10/2021
01 NOME / TELEFONE Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde 47 3345-6923 Retenção IRRF Serviços Tomad - 09/2021 - BC: 0,00 Participante: GHM GESTAO HOSPITALAR E SERVIÇOS M DARF válido para pagamento até 20/10/2021 Domicílio tributário do contribuinte: Penha NÃO RECEBER COM RASURAS Auto-Atendimento Versão 4.83.59.8047 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.512,00
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.512,00

85640000015-9 12000064129-6 31110740620-0 00117081273-7

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio/SC
 nº 2021 TR000993

01/10/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:28:27
541105411 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

BCO BRADESCO S.A.

23793683072000002229179000044804187860001594755

BENEFICIARIO:

MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES

NOME FANTASIA:

MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES

CNPJ: 94.389.400/0001-84

BENEFICIARIO FINAL:

MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES

CNPJ: 94.389.400/0001-84

PAGADOR:

INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA

CNPJ: 11.074.062/0002-45

NR. DOCUMENTO	100.101
---------------	---------

DATA DE VENCIMENTO	27/10/2021
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	01/10/2021
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	15.947,55
--------------------	-----------

VALOR COBRADO	15.947,55
---------------	-----------

=====

NR.AUTENTICACAO	5.74F.80B.694.8E2.883
-----------------	-----------------------

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

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

Convênio/SC
nº 2021 TR000993

Beneficiário**MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA**
RODOVIA RSC 287, KM 109+500, 415 VERA CRUZ-RS

CNPJ: 94.389.400/0001-S4

Vencimento	Valor do Documento
27/10/2021	15.947,55

(-) Descontos/Abatimentos	(-) Outras Deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor Cobrado
Data de emissão 27/09/2021	Agência/Código do Beneficiário 3683-8 / 448-0	Carteira / Nosso Número 2 / 00000222979-7		

Dados do Pagador

Nome do Pagador

INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE CNPJ: 11.074.062/0002-45

No. do Documento

397688-A

Endereço

RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415

Bairro / Distrito

CENTRO

Município

PENHA

UF

SC

CEP

88.385-000

Mensagem

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo banco.
Recebimento através do cheque nº _____ do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação mecânica - **Recibo do Pagador****Bradesco****237 - 2 | 23793.68307 20000.022291 79000.044804 1 87860001594755**

Local de Pagamento:					Vencimento
Pagável preferencialmente na rede Bradesco ou Bradesco Expresso					27/10/2021
Beneficiário MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA					Agência/Código do Beneficiário 3683-8 / 448-0
Data do Documento:	No. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Carteira / Nosso Número
27/09/2021	397688-A	DM	N	27/09/2021	2 / 00000222979-7
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	2	RS			15.947,55
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após vencimento cobrar mora diária de R\$ 23,92 Protestar após 10 dia(s) do vencimento. Após o vencimento, cobrar 1,00% de multa.					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE CNPJ: 11.074.062/0002-45					
RUA CALIXTO LUIZ HONORIO, 415 CEP: 88.385-000 PENHA - SC					
Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de compensação

**Convênio**
nº 2021 TR 000993

recebemos de MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA
ata de recebimento

os produtos da nota fiscal/duplicata indicada ao lado

Identificação e Assinatura do recebedor

A PLAZO

mcw[®]
PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES

Rod. RSC 287 KM 109+500 - Industrial - 96.880-000
Vera Cruz / RS (51) 3740-1450
CNPJ: 94.389400/0001-84 Insc. Est.: 1560029886

DANFE
Documento Auxiliar de
Nota Fiscal Eletrônica

1-Saída
2-Entrada 1

No. 397688
Série 1



Chave de Acesso

4321.0994.3894.0000.0184.500.1000.3976.8810.0935.6835

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
143210197240448

Natureza Operação:
Venda de Mercadorias adq. de Terceiros

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Razão Social
INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE

Endereço
RUA CALIXTO LUIZ HONORIO

415

Bairro Distrito
CENTRO

CNPJ / CPF
11.074.062/0002-45

Data Emissão
27/09/2021

Município
PENHA

Fone/Fax
47 3345 6756

UF
SC

Inscrição Estadual
ISENTO

Data Entrada/Saída

Hora de Entrada/Saída

NATUREZA / DUPLICATA

397688-A
27/10/2021
15.947,55

DADOS DO PEDIDO

Número
680508

Empenho:

Vendedor:
53

DADOS BANCÁRIOS

Boleto Bancario

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo do ICMS

15.947,55

Valor do ICMS

1.913,71

Base de Cálculo do ICMS Substituição

0,00

Valor do ICMS Substituído

0,00

Valor Total dos Produtos

15.947,55

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Valor do Desconto

0,00

Outras Despesas Acessórias

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor aproximado de Tributos

4.970,24

Valor Total da Nota

15.947,55

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

I-EXPRESSO LEOMAR LTDA

Endereço

ROD. RST 453

Quantidade / Volumes

87

Espécie

Marca

1470

Frete por Conta

0-Remetente (CIF)

Código ANTT

Placa do Veículo

UF:

RS

CNPJ / CPF

02.633.583/0001-13

Município

LAJEADO

UF:

RS

Inscrição Estadual

0720086701

Numeração

Peso Bruto (Kg)

380,000

Peso Líquido (Kg)

380,000

Cubagem Total

0,000

ENDEREÇO DE ENTREGA

Endereço

RUA CALIXTO LUIZ HONORIO

415

Bairro Distrito

CENTRO

CEP

88.385-000

Município

PENHA

UF:

SC

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Cod	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtidade	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	ICMS
9814	CAMPO OPERATORIO 45CM X 50CM PCT/50UN 18GR AMERICA MEDICAL HELENA Lote: 042-6 31/05/2026 Fabr.: 01/05/2021 Cod Fabr.: 9814 Reg. MS: 81481900007 Cod EAN13: 7898488471459 AAA Trib. Aprox R\$: 322,13 Federal e 419,13 Estadual Fonte: IBPT	30059090	009	6108	PC	50	47,90000	2.395,00	2.395,00	287,40	0,00	12,00
75175	CLORID TRAMADOL 50MG IML (A2)08807 GENERICO TEUTO CX C/60 AMP Lote: 9068098 31/05/2023 Fabr.: 01/05/2021 Cod Fabr.: 75175 Reg. MS: 1037005020039 Lis2 Cod EAN13: 7896112190684 Trib. Aprox R\$: 35,93 Federal e 72,77 Estadual Fonte: IBPT	30049039	500	6108	CX	7	59,40000	415,80	415,80	49,90	0,00	12,00
9342	FENTANIL 0,05MG/ML 02ML (A1)04005 UNIAO QUIMICA CX C/50 AMP ESTERIL UNIFENTAL Lote: 2120670 31/05/2023 Fabr.: 24/05/2021 Cod Fabr.: 9342 Reg. MS: 1049702640083 Lis2 Cod EAN13: 7896006224808 Trib. Aprox R\$: 64,02 Federal e 83,30 Estadual Fonte: IBPT Resolução do Senado Federal nº 13/12, Número da FCI: 1378E238-901E-4DD2-9B9D-26D73B75BB60	30049069	500	6108	CX	7	68,00000	476,00	476,00	57,12	0,00	12,00
78344	LIDOCAINA 2% C/VASO 20ML CRISTALIA CX/10FR XYLESTESIN Lote: 21060964 22/12/2022 Fabr.: 22/06/2021 Cod Fabr.: 78344 Reg. MS: 1029800720346 Lis2 Cod EAN13: 7896676400663 Trib. Aprox R\$: 317,15 Federal e 412,65 Estadual Fonte: IBPT	30049043	000	6108	CX	30	78,60000	2.358,00	2.358,00	282,96	0,00	12,00
75507	MORFINA 0,2MG IML (A1)06114 CRISTALIA CX C/50 AMP DIMORF	30044990	000	6108	CX	5	247,00000	1.235,00	1.235,00	148,20	0,00	12,00

DADOS ADICIONAIS

Informações complementares

Obs Fiscal: Vr ICMS FCP: R\$ 0,00
Vr Diferencial do ICMS Destino: R\$ 797,38
Vr Diferencial do ICMS Origem: R\$ 0,00

Reservado ao Fisco

CERTIFICO que o material/serviço constante
neste documento foi recebido/prestado e aceito
Conforme convênio: 221 DE 009 993

Em 08 / 10 / 2021

Assinatura

Nome:

Cargo: Fabiano Amorim

Administrador Judicial

Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde

CNPJ 11.074.062/0002-45

emitente: MCW PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTD

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Cod.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtidade	Vir. Unitario	Vir. Total	BC ICMS	Vir. ICMS	Vir. IPI	IPI	ICMS
0643	Lote: 21050083 01/05/2023 Fabr.: 01/05/2021 Cod Fabr.: 75507 Reg. MS: 1029800970148 Lis2 Cod EAN13: 7896676400182 Trib. Aprox R\$: 166,11 Federal e 216,13 Estadual Fonte: IBPT PROPOFOL 200MG 20ML (C1) 07474 BIOCHIMICO/JIANGSU CX C/5 AMP Lote: BB210412 30/09/2022 Fabr.: 05/04/2021 Cod Fabr.: 10643 -Reg. MS: RDC 483/2021 Lis2 Cod EAN13: 7897406119589 Trib. Aprox R\$: 266,32 Federal e 301,66 Estadual Fonte: IBPT	30049095	700	6108	CX	25	68,95000	1.723,75	1.723,75	206,85	0,00	0	12,00
10365	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 0100ML EUROFARMA CX/36FRS Lote: 751344 01/09/2023 Fabr.: 01/09/2021 Cod Fabr.: 80365 Reg. MS: 1004310470070 Lis2 Cod EAN13: 7898919447411 Trib. Aprox R\$: 987,77 Federal e 1.285,20 Estadual Fonte: IBPT	30049099	000	6108	CX	80	91,80000	7.344,00	7.344,00	881,28	0,00	0	12,00

Nº 2021 TR 000993

CERTIFICO que o material/serviço constante
neste documento foi recebido/prestado e aceito
Conforme convênio: 2021 TR 000993

Em

Assinatura

Nome:

Fabiano Amorim

Cargo:

Administrador Judicial

Instituto Adonhiran de Assistência à Saúde
CNPJ 11.074.062/0002-45

01/10/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:29:21
541105411 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE AS
AGENCIA: 5411-9 CONTA: 12.420-6

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090169705000100498525179187860001035375

BENEFICIARIO:

CIRURGICA S C C P H LTDA

NOME FANTASIA:

CIRURGICA S C COMERCIO PRODUTOS HOS

CNPJ: 94.516.671/0001-53

PAGADOR:

INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA

CNPJ: 11.074.062/0002-45

NR. DOCUMENTO	100.102
NOSSO NUMERO	16970500000498525
CONVENIO	01697050
DATA DE VENCIMENTO	27/10/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/10/2021
VALOR DO DOCUMENTO	10.353,75
VALOR COBRADO	10.353,75

=====

NR.AUTENTICACAO B.F6E.81D.2F6.8F0.990

=====

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

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

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

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio/SC
Nº 2021 TR000993

001-9		RECIBO DO SACADO				
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						Vencimento 27/10/2021
Beneficiário CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.LTDA CNPJ: 94.516.671/0001-53 - - RS						Agência / Código do Beneficiário 4044-4 / 5313-9
						Nosso Número / Cód. Documento 16970500000498525
Data do Documento 27/09/2021	Número do Documento 0606739 / 1 - TIT	Espécie do Documento DM	Acelte N	Data de Processamento 27/09/2021	Valor do Documento 10.353,75	
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento	
Instruções NAO DISPENSAR OS JUROS PROTESTO NO 5º DIA UTIL APOS VENCIMENTO APÓS VENCIMENTO, COBRAR MULTA DE 2% Valor de Juros: R\$ 20,71 ao dia.					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora / Multa	
					(+/-) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Pagador 12672 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE RUA CALIXTO LUIS HONORIO Nº415 88385000 Pagador / Avalista						11.074.062/0002-45 CENTRO PENHA - SC

Atenção: A via acima não necessita ser levada ao banco

Autenticação Mecânica

001-9		FICHA DE CAIXA				
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						Vencimento 27/10/2021
Beneficiário CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.LTDA CNPJ: 94.516.671/0001-53 - - RS						Agência / Código do Beneficiário 4044-4 / 5313-9
						Nosso Número / Cód. Documento 16970500000498525
Data do Documento 27/09/2021	Número do Documento 0606739 / 1 - TIT	Espécie do Documento DM	Acelte N	Data de Processamento 27/09/2021	Valor do Documento 10.353,75	
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento	
Instruções NAO DISPENSAR OS JUROS PROTESTO NO 5º DIA UTIL APOS VENCIMENTO APÓS VENCIMENTO, COBRAR MULTA DE 2% Valor de Juros: R\$ 20,71 ao dia.					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora / Multa 0,00	
					(+/-) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Pagador 12672 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE RUA CALIXTO LUIS HONORIO Nº415 88385000 Pagador / Avalista						11.074.062/0002-45 CENTRO PENHA - SC

Autenticação Mecânica

001-9		00190.00009 01697.050001 00498.525179 1 87860001035375				
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						Vencimento 27/10/2021
Beneficiário CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP.LTDA CNPJ: 94.516.671/0001-53 - - RS						Agência / Código do Beneficiário 4044-4 / 5313-9
						Nosso Número / Cód. Documento 16970500000498525
Data do Documento 27/09/2021	Número do Documento 0606739 / 1 - TIT	Espécie do Documento DM	Acelte N	Data de Processamento 27/09/2021	Valor do Documento 10.353,75	
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto / Abatimento	
Instruções NAO DISPENSAR OS JUROS PROTESTO NO 5º DIA UTIL APOS VENCIMENTO APÓS VENCIMENTO, COBRAR MULTA DE 2% Valor de Juros: R\$ 20,71 ao dia.					(-) Outras Deduções	
					(+/-) Mora / Multa 0,00	
					(+/-) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Pagador 12672 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE RUA CALIXTO LUIS HONORIO Nº415 88385000 Pagador / Avalista						11.074.062/0002-45 CENTRO PENHA - SC

Autenticação Mecânica FICHA DE COMPENSAÇÃO



Convênio/SC
nº 2021 TR000993

CIRURGICA SANTA CRUZ COM.PROD.HOSP. RUA CORONEL OSCAR RAFAEL JOST Nº: 1955 CENTRO SANTA CRUZ DO SUL - RS Fone: (51)2107-9000 CEP: 96815-010		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº: 606739 SÉRIE: 2 FL: 1 / 1		CHAVE DE ACESSO 4321 0994 5166 7100 0153 5500 2000 6067 3910 2846 3051	
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros, dest		Nº: 606739 SÉRIE: 2 FL: 1 / 1		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 1080080187		CNPJ 94.516.671/0001-53		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 143210197400993 27/09/2021 17:18:02	

DESTINATÁRIO REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL 12672 - INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTENCIA A SAUDE		CNPJ/CPF 11.074.062/0002-45		DATA DA EMISSÃO 27/09/2021	
ENDEREÇO RUA CALIXTO LUIS HONORIO N 415, --		CEP 88385-000		DATA DA ENTRADA/SAÍDA 27/09/2021	
MUNICÍPIO PENHA		UF SC		HORA DA ENTRADA/SAÍDA 17:16	

CÁLCULO DO IMPOSTO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	10.353,75
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	10.353,75	1.242,45	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	10.353,75
VALOR DO FRETE	0,00	DESCONTO	0,00		

TRANSPORTADOR/ VOLUMES TRANSPORTADOS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	10.353,75
NOME/RAZÃO SOCIAL EXPRESSO LEOMAR LTDA.	10.353,75	1.242,45	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	10.353,75
ENDEREÇO ROD RS 453, 1470	0,00	DESCONTO	0,00		
QUANTIDADE 126 VOLUME(S)					
ESPECIE					
PLACA DO VEÍCULO					
CODIGO ANTT					
UF					
UF					
RS					
PESO LÍQUIDO					
1.938,300					

FORMA DE PAGAMENTO	NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DE DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	10.353,75
Pagamento a prazo	606739	10.353,75	0,00	VALOR	10.353,75
NÚMERO ORDEM	NÚMERO ORDEM	NÚMERO ORDEM	NÚMERO ORDEM	NÚMERO ORDEM	NÚMERO ORDEM
001	27/10/2021	10.353,75			

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/ SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	BCALC ICMS	VALOR ICMS	BCALC ST	VALOR ST	VALOR ICMS	ALÍQUOTAS
5714	SOL FISIOLOGICO 1000ML C/16 SIST FECHADO-411790-EUROFARMA - Valor de impostos nesse item: R\$ 806,40 LOTE: 752028 OTD: 1200.000 VAL-25/09/2023 FAB-25/09/2021	30049099	000	6108	FR	1.200,00000	5,6000	0,00	6.720,00	6.720,00	806,40	0,00	0,00	0,00	12,00
5709	SOL FISIOLOGICO 0500ML C/25 SIST FECHADO-411789-EUROFARMA - Valor de impostos nesse item: R\$ 438,05 LOTE: 747996 OTD: 1275.000 VAL-06/09/2023 FAB-06/09/2021	30049099	000	6108	FR	1.275,00000	2,8500	0,00	3.633,75	3.633,75	438,05	0,00	0,00	0,00	12,00

CERTIFICADO que o material/serviço constante neste documento foi recebido/prestado e apólo Conforme convênio:

Em 27/09/2021

Nº 2021/VR 000993

Assinatura

Nome: **Fabiano Amorim**

Cargo: **Administrador Judicial**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

112221 Mro. Pedido: 112221Atendente: 12737 ***ATENÇÃO PREZADO CLIENTE! AO RECEBER A SUA MERCADORIA, CONFIRA TODOS OS VOLUMES, IDENTIFICADA QUALQUER AVARIA, VIOLACAO OU FALTA, FAÇA IMEDIATAMENTE A OBSERVAÇÃO NO VESPO DA 2 VIA DO COMPROVANTE DE ENTREGA DA TRANSPORTADORA. EM DE D EXISTENCIA, O PRATO PARA RECLAMACAO E DE ATE 15 DIAS APÓS EMISSÃO DA NOTA. NÃO ACEITAREMOS RECLAMACOES POSTERIORES. OBRIGADO!*** A/C BRUNA COMPRAS VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$ 1.242,45 Base de Cálculo Previsto:10353,75 Valor do ICMS Previsto:0 Base de ICMS ST Previsto:0 Valor de ICMS ST Previsto:0 . ICMSUFDest: R\$517,69

CONTRATO DE FORNECIMENTO DE GASES MEDICINAIS

1. FORNECEDORA

GASOLDA COMERCIO VAREGISTA DE OXIGENIO LTDA ME

Endereço: RUA: LEOPOLDO VIEIRA nº:251 Bairro: AVENTUREIRO
Cidade: JOINVILLE Estado: SC Telefone: (047) 3028-1597
Inscrição CNPJ n.º 13.266.290/0001-61 Inscrição Est. n.º 256.331.561

2. COMPRADORA

INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Endereço: Rua Calixto Luiz Honório, nº 415 BAIRRO: Centro
Cidade: PENHA Estado: SC Telefone: (47) 3345-6756
CNPJ N.º. 11.074.062/0002-45 Inscrição Est. I N.º ISENTA

3. OBJETO

Fornecimento de Gases Medicinais, doravante denominados PRODUTOS, conforme descritos abaixo:

A. PRODUTO

Oxigênio Medicinal ONU1072 2.2 - R\$ 22,00 M³.

B. ESPECIFICAÇÕES

Cada produto vem com etiqueta no cilindro especificando o tipo de gás.

C. EMBALAGENS

Cilindros de Aço Carbono para acondicionamento de gases sob alta pressão, de propriedade da FORNECEDORA.

D. PREÇOS

E. FRETE E LOCAÇÃO

FRETE	=	ISENTA
LOCAÇÃO	=	ISENTA

F. PERDAS

O valor a ser pago por cilindro de alta pressão é de R\$ 2.500,00 (Dois Mil e quinhentos reais), e outros tipos de cilindros será o valor de mercado.

G. QUANTIDADES

O(s) preço(s) constante(s) da letra **D** deste item foi estabelecido de acordo com o consumo médio estimado de m3 ao mês e a necessidade da COMPRADORA.

4. LOCAL DE ENTREGA E FATURAMENTO DOS PRODUTOS/COTAS CILINDROS

INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Endereço: Rua Calixto Luiz Honório, nº 415
Cidade: PENHA Estado: SC

BAIRRO: Centro
Telefone: (47) 3345-6756

CNPJ Nº. 11.074.062/0002-45

Inscrição Est. I Nº ISENTA

4.1 *Serão feitas visitas conforme a necessidade do cliente.*

5. PRAZO E RENOVAÇÃO

- A. Este Acordo vigorará durante o período de 03 (TRÊS) meses a contar da data de assinatura e será renovado, se não houver disposição em contrário por qualquer das partes, por períodos iguais e sucessivos observados o disposto na Letra C desta Cláusula.
- B. Este Acordo poderá ser rescindido pela COMPRADORA ou FORNECEDORA no término do período contratual ou no término de qualquer um dos períodos contratuais subsequentes, através de notificação por escrito a outra parte com antecedência mínima de 90 (noventa) dias. Caso não haja nenhuma notificação o mesmo será renovado automaticamente pelo mesmo período que o contrato vencido.
- C. Quando da renovação deste acordo, a COMPRADORA dará preferência à FORNECEDORA para um novo período contratual sendo que, se houver proposta mais favorável de outro fabricante, a COMPRADORA dará evidência desta proposta à FORNECEDORA, a qual terá a prerrogativa de aceitar ou rejeitar as novas condições desta proposta por outro fabricante, consequentemente permanecendo na condição de FORNECEDORA ou terminando o presente acordo.

6. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Preços para pagamento 28 dias da data do faturamento.

A FORNECEDORA e a COMPRADORA, qualificados, respectivamente, nos itens 1 e 2 do preâmbulo, têm entre si justo e contratado o seguinte:

CLÁUSULA I - EXCLUSIVIDADE

A COMPRADORA se compromete a só adquirir o(s) PRODUTO(s), constante(s) da letra A do item 3 do preâmbulo da FORNECEDORA. No caso de eventuais impossibilidades de fornecimento por parte da FORNECEDORA, a COMPRADORA poderá, durante este período, adquirir o(s) Produto(s) de terceiros.

CLÁUSULA II - FORNECIMENTO / ENTREGA

- 1- As entregas serão efetuadas pela FORNECEDORA, total ou parcialmente, mediante programação ou pedido formal da COMPRADORA, no local indicado no item 4 do preâmbulo.
- 2- A FORNECEDORA se compromete no fornecimento dos gases e cilindros em perfeitas condições de uso e conforme a necessidade do cliente.
- 3- Em caso de aumento de quantidades de cilindros, o cliente deverá solicitar aumento de cota previamente, para programação das cargas nos veículos.

CLÁUSULA III - RESPONSABILIDADE

- 1- Os riscos de perda do(s) cilindro(s) passarão a ser de responsabilidade da COMPRADORA após a entrega do(s) mesmo(s).
- 2- Não ceder ou transferir o(s) cilindro(s) ou equipamento(s) a terceiros em hipótese alguma.

- 3- Dar ciência à seus funcionários das informações a serem seguidas quanto à correta e segura utilização do(s) cilindro(s) e equipamento(s).
- 4- Em caso de perda, extravio ou desaparecimento do(s) cilindro(s) ou equipamento(s) a COMPRADORA terá que pagar para a FORNECEDORA o valor descrito na letra F do item 3 atualizado até a data do efetivo pagamento, com base na variação do IGP-DI (Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna), da Fundação Getúlio Vargas, acrescidos de impostos.

CLÁUSULA IV - GARANTIA

A FORNECEDORA garante que o(s) PRODUTO(s) entregue(s) a COMPRADORA obedecerá(ão) as especificações estabelecidas na Letra B do item 3 do preâmbulo até 30 (trinta) dias após a entrega do(s) mesmo(s).

CLÁUSULA V - CESSÃO DO ACORDO

A COMPRADORA não poderá ceder nem transferir a terceiros, total ou parcialmente, os direitos e obrigações assumidos no presente Acordo.

CLÁUSULA VI - PREÇOS

Os preços descritos na Letra D, item 3, do preâmbulo são para pagamento de acordo com o descrito no item 6 do preâmbulo e estão inclusos taxas, impostos e frete.

CLÁUSULA VII - IMPOSTOS

Nos preços descritos na Letra D do item 3 do preâmbulo já estão inclusos todos os impostos sobre eles ora incidentes. Quaisquer novos impostos que venham a incidir correrão por conta da COMPRADORA.

CLÁUSULA VIII - INADIMPLÊNCIA

O não pagamento por parte da COMPRADORA de qualquer fatura referente ao(s) PRODUTO(S) descrito(s) na Letra A do item 3 do Preâmbulo, constituirá como descumprimento do presente Acordo, permitindo à FORNECEDORA interromper as entregas até que a inadimplência seja sanada. A decisão da FORNECEDORA de interromper as entregas não implicará no subsequente cancelamento deste Acordo.

CLÁUSULA IX -

RESCISÃO

O presente Acordo poderá ser rescindido na seguinte hipótese:

- A. Notória insolvência de qualquer das partes, caracterizadas por pedido em Juízo de concordata, falência, ou qualquer outra forma de liquidação, ou ainda se ações com esse objetivo forem ajuizadas, sem que haja uma garantia de forma a ilidir o pedido;
- B. Por qualquer das partes, unilateralmente, por inadimplência ou descumprimento das obrigações no fornecimento correto, ou mediante pagamento de multa equivalente aos últimos 02 (dois) meses de fornecimento, devidamente corrigidos monetariamente.
- C. De comum acordo entre as partes.

CLÁUSULA X - FORO

Com a expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, as partes elegem o foro da Comarca de Joinville como competente para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente acordo.

E, por estarem concordes, assinam as partes o presente em 03 (três) vias de igual teor, juntamente com as testemunhas instrumentárias adiante indicadas, obrigando-se por si e seus sucessores a qualquer título.

JOINVILLE, 15 de março de 2021.



Compradora: INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A
SAÚDE


FORNECEDORA: GASOLDA COM. VAREJISTA DE OXIG. LTDA.

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome:
Rg:

2. _____
Nome:
Rg:

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA
MÉDICA**

CONTRATANTE: INSTITUTO ADHONIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 11.074.062/0002-45, com sede na Rua Calixto Luiz Honório, nº 415, Centro, Penha/SC, neste ato representado por Fabiano Amorim, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade nº 2.347.380 SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 739.723.559-04, residente e domiciliado à Rua Ernesto Kuchenbecker, nº 300, Bairro Souza Cruz, Brusque/SC, CEP 88354.696.

CONTRATADO: GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 24.505.433/0001-67, com sede na Rua 1528, 145 – SALA 02, Centro, Balneário Camboriú (SC), neste ato representado pela sócia administradora Michele Cristina Bigolin, CPF 940.145.820-00.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima, devidamente identificadas e qualificadas, têm entre si ajustado e contratado, a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA MÉDICA** que se regerá de conformidade com as Cláusulas e condições abaixo.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - O CONTRATADO através dos seus Médicos, Sócios, Associados ou através de Médicos que venham eventualmente ser contratados, prestará para à **CONTRATANTE**, serviços médicos de clínica Médica para atendimento a pacientes internados em enfermaria clínica com diagnóstico e ou suspeita de Covid-19.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - O CONTRATADO exercerá os serviços contratados nas dependências da **CONTRATANTE**, situado no endereço acima identificado, em enfermaria clínica com no máximo 20 (vinte pacientes).

2.2 - Os serviços serão prestados em regime de plantão 24 (vinte e quatro horas) por dia, por um plantonista que será responsável pelo atendimento,



intercorrências médicas na enfermagem, transferências quando necessário, bem como a regulação via SISREG. A escala de plantão mensal será elaborada pela equipe de Clínica Médica e encaminhada pelo Coordenador do serviço ao **CONTRATANTE** até o dia 25 do mês anterior da prestação de serviços. A equipe contratada será responsável para apresentar no prazo de 72 (setenta e duas) horas após a assinatura do presente instrumento, confecção de protocolo institucional de atendimento, objeto do presente Contrato.

2.3 - Eventuais substituições na escala deverão ser informadas ao **CONTRATANTE** imediatamente a alteração.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - Pelos serviços prestados o CONTRATADO receberá:

- a) O valor de R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) referente a hora em atendimento aos pacientes internados nas dependências do **CONTRATANTE**.
- b) Nos dias 24, 25 e 31 de Dezembro e também 01 de Janeiro serão pagos R\$ 280,00 (Duzentos e oitenta reais) a hora, por serem datas festivas.

3.1.2 - Fica ajustado que o prazo de pagamento do valor total das horas de plantão será a cada 30 (trinta) dias de contrato, que iniciará em 21 de Dezembro de 2020.

3.2 - Para pagamento dos valores constantes do item 3.1 deste contrato, **CONTRATANTE** e **CONTRATADO** ajustam as seguintes definições:

- Uso e observância dos protocolos, referências e instruções preconizados do Ministério da Saúde;
- Observância do correto e integral preenchimento do Prontuário Médico, assim como de todos os documentos de competência médica.

3.3 - O **CONTRATADO** arcará com todos os impostos, taxas e contribuições que incidam ou que venham a incidir sobre os serviços prestados e sobre a remuneração paga pelo **CONTRATANTE**, ficando este desde já autorizado a efetuar a retenção destes tributos no ato do pagamento das remunerações mensais.



3.4 – Fica vedada a negociação com instituições financeiras ou terceiros, das duplicatas oriundas dos faturamentos deste contrato.

3.5 – O **CONTRATANTE** deverá efetuar os pagamentos ajustados 30 (trinta) dias após a assinatura do referido instrumento contratual; sendo certo que o não pagamento na data aprazada o **CONTRATANTE** pagará a título de multa contratual o percentual de 10% (dez) por cento e juros de mora conforme dispõe a legislação.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O **CONTRATANTE** fica obrigado a:

4.1 – Fornecer ao **CONTRATADO** todas as condições necessárias para o desempenho dos serviços demandados, desde o espaço físico necessário, os equipamentos em adequadas condições de utilização, instrumentais e materiais de uso médico como medicamentos, corpo paramédico, pessoal técnico, equipe de enfermagem e auxiliares e serviços de hotelaria hospitalar e limpeza, dentro dos padrões e treinamentos exigidos.

4.2 – Proceder a manutenção dos equipamentos e instalações.

4.3 – Pagar mensalmente os serviços prestados nas formas e condições ajustadas neste instrumento;

4.4 – Informar previamente o **CONTRATADO** sobre toda e qualquer anormalidade que possa influir no atendimento aos pacientes;

CLÁUSULA QUINTA – OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

O **CONTRATADO** fica obrigado a:

5.1 – Atender, indistintamente, todos os pacientes do **CONTRATANTE**.

5.2 – Assumir a responsabilidade técnica dos serviços prestados, assim como manter o número de 01 (um) profissional médico para o desenvolvimento das atividades objeto do presente instrumento tudo nos termos da legislação e normas em vigor;



5.3 - Elaborar e fazer cumprir todas as escalas de plantão, cabendo encaminhar ao **CONTRATANTE** até o dia 17 do mês a escala de plantonista que será cumprida no mês subsequente, com seus respectivos contatos telefônicos.

5.4 - Realizar os atendimentos e serviços por profissionais que estejam devidamente credenciados junto ao Hospital.

5.5 - Para prestação dos serviços médicos ora contratados deverá o profissional médico estar registrado e em dia junto ao CREMESC.

5.6 - Observar o correto e integral preenchimento do Prontuário Médico, assim como de todos os documentos de competência médica associados ao fluxo de internações.

5.7 - Fazer com que todos os seus empregados, prepostos e/ou representantes, permaneçam devidamente identificados, devendo observar todas as Normas de Segurança e Regulamento Interno do **CONTRATANTE**, assim como de proceder ao imediato afastamento de empregado ou preposto cuja conduta ou presença seja considerada pelo **CONTRATANTE** inconveniente ou irregular.

5.8 - Manter sigilo quanto a quaisquer informações do **CONTRATANTE**, suas normas internas e operacionais, assim como todas as informações obtidas nos atendimentos prestados, inclusive após a rescisão ou extinção do presente contrato.

5.9 - Cumprir toda legislação em vigor, em especial quanto aos serviços ora contratados e a informar ao **CONTRATANTE** de qualquer requisito legal que esta tenha que atender.

5.10 - Entregar cópia das alterações do Contrato Social sempre que houver alteração.

5.11 - Responsabilizar-se, em todos os aspectos, pelos médicos que designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo ao **CONTRATADO** fazer com que seus prepostos tenham conhecimento das normas internas do hospital.

5.12 - Informar pessoal e diariamente aos pacientes, familiares e acompanhantes sobre o estado clínico dos pacientes assistidos de forma clara e simples.

5.13 - Documentar o Termo de Consentimento Esclarecido e Informado antes da realização dos procedimentos, solicitando assinatura do paciente ou responsável legal.

5.14 – Participar de reuniões de qualquer natureza sempre que convocado pelo **CONTRATANTE**.

5.15 – Substituir, o mais breve possível, o profissional (contratado, preposto) que não atender as necessidades da prestação dos serviços contratados, comunicando a Diretoria do Hospital.

5.16 – Garantir a efetividade da gestão de leitos, realizando todas as altas hospitalares até 12h, todos os dias.

5.17 – Utilizar equipamentos e programas de informática oficiais e legalizados disponibilizados pelo **CONTRATANTE**, sendo seu todo o ônus pela eventual infringência desta cláusula, inclusive penal em relação a seus sócios.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS E TRIBUTÁRIAS

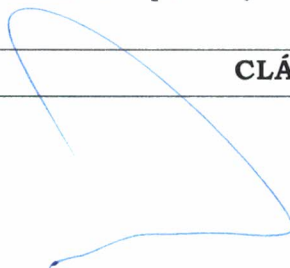
6.1 – Este contrato de prestação de serviços não estabelece entre as partes contratantes nenhuma forma de sociedade, associação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária ou subsidiária, bem como não se estabelece qualquer vínculo empregatício ou responsabilidade por ambas as partes, inclusive por parte do **CONTRATANTE** com relação ao **CONTRATADO**, seus subcontratados, prepostos ou profissionais alocados para a prestação dos serviços ora contratados.

6.2 – Correrão por conta exclusiva do **CONTRATADO** todas as despesas com seu próprio pessoal inclusive o que se referir a encargos decorrentes da legislação vigente, seja trabalhista, previdenciária, securitária, tributária ou qualquer outra, obrigando-se ao cumprimento de suas obrigações legais, quer quanto à remuneração dos profissionais alocados, quer quanto aos encargos sociais e fiscais.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO

7.1 – O presente Contrato é firmado pelo prazo de 90 (noventa) dias a partir do início da efetiva prestação de serviços pelo **CONTRATADO**.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO



8.1 – O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo, por quaisquer das partes, desde que através do envio de notificação escrita à parte contrária com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, não havendo direito a qualquer indenização.

8.2 – Quando não houver penalidade específica, na hipótese de descumprimento das obrigações previstas neste instrumento por quaisquer das partes, a parte inocente poderá optar pela rescisão automática e imediata do mesmo, sem prejuízo do direito ao recebimento de uma multa correspondente a 10% (dez por cento) sobre o último valor pago pela prestação de serviços, e sem prejuízo do direito de exigir indenização da parte infratora, por eventuais perdas e danos que venha a sofrer.

8.3 O pagamento de que trata o caput deste item, far-se-á incontinenti e de imediato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem prejuízo da parte inocente considerar rescindido de pleno direito o presente contrato.

CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 – Este contrato é absolutamente intransferível, não podendo em hipótese alguma, serem subrogados seus direitos e obrigações a terceiros estranhos à presente relação contratual, sem anuência expressa e por escrito de ambas as partes.

9.2 – O presente instrumento é firmado de forma expressa e toda e qualquer alteração ou manifestação de vontade das partes somente poderá ocorrer em igual condição, necessitando, para isso, a aquiescência das partes, manifestada de forma inequívoca e em instrumento próprio e substitui todos os instrumentos eventualmente já assinados entre as partes em momento anterior, os quais ficam, a partir da celebração deste, revogados de pleno direito.

9.3 – Poderá o **CONTRATANTE**, a qualquer momento ou fase do serviço, a seu juízo, vetar o ingresso de profissionais indicados pelo **CONTRATADO**, determinar a alteração, restrição de profissionais médicos, sem qualquer ônus para a mesma, todavia dando prazo de até 72 (setenta e duas horas) para que isso aconteça.

9.4 – Eventual alteração em relação à prestação de serviço deverá ser tratada, por escrito, entre os representantes legalmente constituídos do **CONTRATANTE** e do

CONTRATADO e não diretamente com seus prepostos no local de prestação dos serviços ora contratados.

9.5 – Os sócios do **CONTRATADO** respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações da pessoa jurídica.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1 – Os contratantes elegem o foro da cidade de Penha (SC), com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas de interpretação e aplicação deste contrato, bem como para execução.

Por estarem justos e acertados, firmam o presente contrato em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, se obrigando a cumprir o que nele está avençado, na presença de duas testemunhas, que abaixo também subscrevem para os fins pretendidos.

Penha, 15 de Dezembro de 2020.

**INSTITUTO ADONHIRAN
CONTRATANTE**

Michele C. Bigolin
**GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS
CONTRATADO**

Testemunhas:

1) *Renato Imian Jr*

Nome:

CPF/MF: *020726489-98*

2) _____

Nome:

CPF/MF:

[Handwritten signature]

**TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
DE CLÍNICA MÉDICA**

CONTRATANTE: INSTITUTO ADHONIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 11.074.062/0002-45, com sede na Rua Calixto Luiz Honório, nº 415, Centro, Penha/SC, neste ato representado por Fabiano Amorim, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade nº 2.347.380 SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 739.723.559-04, residente e domiciliado à Rua Ernesto Kuchenbecker, nº 300, Bairro Souza Cruz, Brusque/SC, CEP 88354.696.

CONTRATADO: GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 24.505.433/0001-67, com sede na Rua 1528, 145 – SALA 02, Centro, Balneário Camboriú/SC, neste ato representado pelo sócio Joceli Carlos Nazari, brasileiro, solteiro, administrador, CPF nº 897.900.069-34, Carteira de identidade nº 2428038 SSP/SC, residente e domiciliado à Rua Jordânia, nº 118, apto 301, Bairro das nações, Balneário Camboriú/SC, CEP 88338-240.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima, devidamente identificadas e qualificadas, têm entre si ajustado e contratado, o **TERMO ADITIVO DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE CLÍNICA MÉDICA** que se regerá de conformidade com as Cláusulas e condições abaixo.

Artigo 1 – As partes resolvem alterar a cláusula 2.1 do contrato para atendimento de no máximo 25 pacientes.

Artigo 2 – As partes resolvem alterar a cláusula 7.1. O contrato terá vigência até 30/06/2021, podendo ser prorrogado conforme interesse das partes em novo termo aditivo.

Artigo 3 – As demais cláusulas permanecem inalteradas.

Penha, 11 de Março de 2021.

**INSTITUTO ADONHIRAN
CONTRATANTE**

**GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS
CONTRATADO**

Joceli Carlos Nazari
Gestor Adm. Hospitalar

CRA/SC 6-01154

Testemunhas:

1) Tamiris Freire

Nome: Tamiris Freire

CPF/MF: 066.219.779-2

2) William Orlando Nogueira

Nome: William Orlando Nogueira

CPF/MF: 016168170-030

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE CLÍNICA MÉDICA**

CONTRATANTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 11.074.062/0002-45, com sede na Rua Calixto Luiz Honório, nº 415, Centro, Penha/SC, neste ato representado por Fabiano Amorim, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade nº 2.347.380 SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 739.723.559-04, residente e domiciliado à Rua Ernesto Kuchenbecker, nº 300, Bairro Souza Cruz, Brusque/SC, CEP 88354.696.

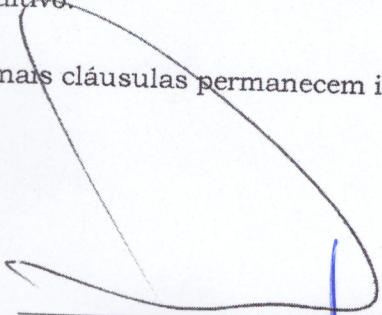
CONTRATADO: GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 24.505.433/0001-67, com sede na Rua 1528, 145 – SALA 02, Centro, Balneário Camboriú/SC, neste ato representado pelo sócio Joceli Carlos Nazari, brasileiro, solteiro, administrador, CPF nº 897.900.069-34, Carteira de identidade nº 2428038 SSP/SC, residente e domiciliado à Rua Jordânia, nº 118, apto 301, Bairro das nações, Balneário Camboriú/SC, CEP 88338-240.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima, devidamente identificadas e qualificadas, têm entre si ajustado e contratado, o **SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CLÍNICA MÉDICA** que se regerá de conformidade com as Cláusulas e condições abaixo.

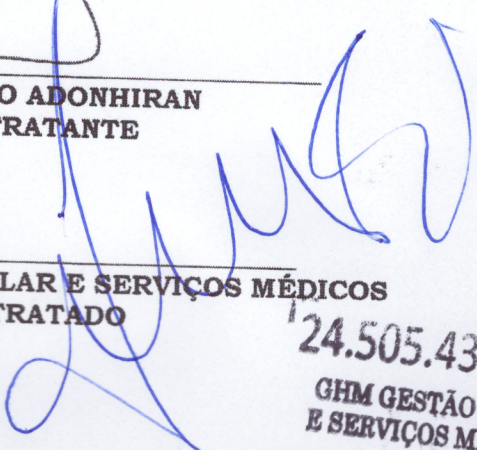
Artigo 1 – As partes resolvem alterar a cláusula 7.1. O Contrato terá vigência até 30 de Setembro de 2021, podendo ser prorrogado conforme interesse das partes em novo termo aditivo.

Artigo 2 – As demais cláusulas permanecem inalteradas.

Penha, 01 de Julho de 2021.



**INSTITUTO ADONHIRAN
CONTRATANTE**



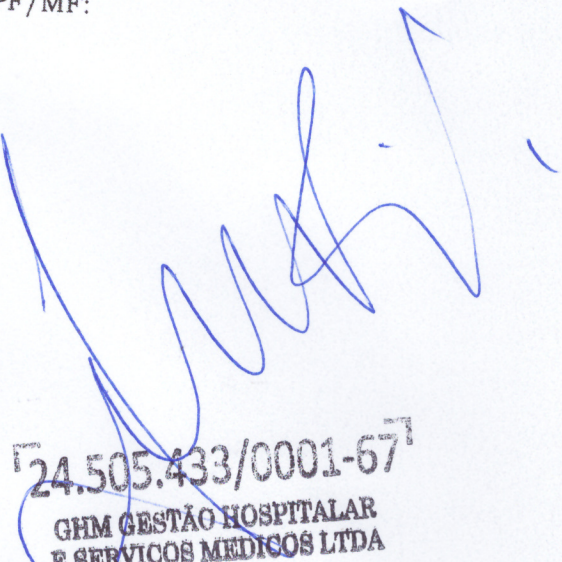
**GHM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS MÉDICOS
CONTRATADO**

24.505.433/0001-67
**GHM GESTÃO HOSPITALAR
E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**
RUA 1528, Nº145 - SALA 02
Centro - CEP: 88330-540
[Balneário Camboriú - SC]

Testemunhas:

1) Tamiris Freire
Nome: Tamiris Freire
CPF/MF: 066 219.779-50

2) _____
Nome: _____
CPF/MF: _____


24.505.433/0001-67
GHM GESTÃO HOSPITALAR
E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
RUA 1528, Nº145 - SALA 02
Centro - CEP: 88330-540
Balneário Camboriú - SC

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

CONTRATANTE: INSTITUTO ADHONIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 11.074.062/0002-45, com sede na Rua Calixto Luiz Honório, nº 415, Centro, Penha/SC, neste ato representado por Fabiano Amorim, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade nº 2.347.380 SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 739.723.559-04, residente e domiciliado à Rua Ernesto Kuchenbecker, nº 300, Bairro Souza Cruz, Brusque/SC, CEP 88354.696.

CONTRATADO: QUALIFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.911.430/0001-19, com sede na Rua Azambuja, nº 1089, Azambuja, Brusque/SC.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima, devidamente identificadas e qualificadas, têm entre si ajustado e contratado, a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA** que se regerá de conformidade com as Cláusulas e condições abaixo.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - O CONTRATADO através dos seus Fisioterapeutas prestará para à **CONTRATANTE**, serviços de fisioterapia com carga horária diária de 6 (seis) horas para atendimento a pacientes internados em enfermaria clínica com diagnóstico e ou suspeita de Covid-19.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1 - O CONTRATADO exercerá os serviços contratados nas dependências da **CONTRATANTE**, situado no endereço acima identificado, em enfermaria clínica com no máximo 20 (vinte) pacientes).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 - Pelos serviços prestados o **CONTRATADO** receberá:

- a) O valor de R\$ 9.000,00 (Nove mil e quinhentos reais) referente a 30 (trinta) dias em atendimento aos pacientes internados nas dependências do **CONTRATANTE**.

3.1.2 - Fica ajustado que o prazo de pagamento será a cada 30 (trinta) dias de contrato, que iniciará em 18 de Dezembro de 2020.

3.2 - Para pagamento dos valores constantes do item 3.1 deste contrato, **CONTRATANTE** e **CONTRATADO** ajustam as seguintes definições:

- Uso e observância dos protocolos, referências e instruções preconizados do Ministério da Saúde;
- Observância do correto e integral preenchimento do Prontuário Médico, assim como de todos os documentos de competência da fisioterapia.

3.3 - O **CONTRATADO** arcará com todos os impostos, taxas e contribuições que incidam ou que venham a incidir sobre os serviços prestados e sobre a remuneração paga pelo **CONTRATANTE**, ficando este desde já autorizado a efetuar a retenção destes tributos no ato do pagamento das remunerações mensais.

3.4 - Fica vedada a negociação com instituições financeiras ou terceiros, das duplicatas oriundas dos faturamentos deste contrato.

3.5 - O **CONTRATANTE** deverá efetuar os pagamentos ajustados 30 (trinta) dias após a assinatura do referido instrumento contratual; sendo certo que o não pagamento na data aprazada o **CONTRATANTE** pagará a título de multa contratual o percentual de 10% (dez) por cento e juros de mora conforme dispõe a legislação.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O **CONTRATANTE** fica obrigado a:

4.1 - Pagar mensalmente os serviços prestados nas formas e condições ajustadas neste instrumento;

4.2 - Informar previamente o **CONTRATADO** sobre toda e qualquer anormalidade que possa influir no atendimento aos pacientes;

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

O **CONTRATADO** fica obrigado a:

5.1 - Atender, indistintamente, todos os pacientes do **CONTRATANTE**.

5.2 – Assumir a responsabilidade técnica dos serviços prestados, assim como manter o número de 01 (um) profissional fisioterapeuta para o desenvolvimento das atividades objeto do presente instrumento tudo nos termos da legislação e normas em vigor;

5.3 – Realizar os atendimentos e serviços por profissionais que estejam devidamente credenciados junto ao Hospital.

5.4 – Para prestação dos serviços ora contratados deverá o profissional fisioterapeuta estar registrado e em dia junto ao CREFITO 10.

5.5 – Observar o correto e integral preenchimento do Prontuário Médico.

5.6 – Fazer com que todos os seus empregados, prepostos e/ou representantes, permaneçam devidamente identificados, devendo observar todas as Normas de Segurança e Regulamento Interno do **CONTRATANTE**, assim como de proceder ao imediato afastamento de empregado ou preposto cuja conduta ou presença seja considerada pelo **CONTRATANTE** inconveniente ou irregular.

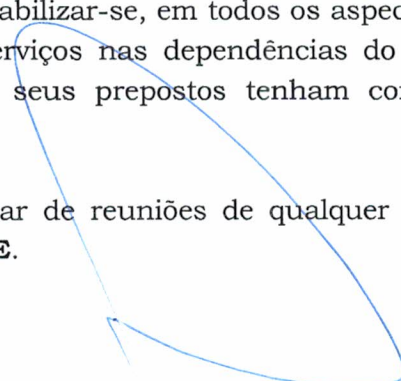
5.7 – Manter sigilo quanto a quaisquer informações do **CONTRATANTE**, suas normas internas e operacionais, assim como todas as informações obtidas nos atendimentos prestados, inclusive após a rescisão ou extinção do presente contrato.

5.8 – Cumprir toda legislação em vigor, em especial quanto aos serviços ora contratados e a informar ao **CONTRATANTE** de qualquer requisito legal que esta tenha que atender.

5.9 – Entregar cópia das alterações do Contrato Social sempre que houver alteração.

5.10 – Responsabilizar-se, em todos os aspectos, pelos fisioterapeutas que designar para prestar serviços nas dependências do hospital, cabendo ao **CONTRATADO** fazer com que seus prepostos tenham conhecimento das normas internas do hospital.

5.11 – Participar de reuniões de qualquer natureza sempre que convocado pelo **CONTRATANTE**.



5.12 – Substituir, o mais breve possível, o profissional (contratado, preposto) que não atender as necessidades da prestação dos serviços contratados, comunicando a Diretoria do Hospital.

CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS E TRIBUTÁRIAS

6.1 – Este contrato de prestação de serviços não estabelece entre as partes contratantes nenhuma forma de sociedade, associação, agência, consórcio ou responsabilidade solidária ou subsidiária, bem como não se estabelece qualquer vínculo empregatício ou responsabilidade por ambas as partes, inclusive por parte do **CONTRATANTE** com relação ao **CONTRATADO**, seus subcontratados, prepostos ou profissionais alocados para a prestação dos serviços ora contratados.

6.2 – Correrão por conta exclusiva do **CONTRATADO** todas as despesas com seu próprio pessoal inclusive o que se referir a encargos decorrentes da legislação vigente, seja trabalhista, previdenciária, securitária, tributária ou qualquer outra, obrigando-se ao cumprimento de suas obrigações legais, quer quanto à remuneração dos profissionais alocados, quer quanto aos encargos sociais e fiscais.

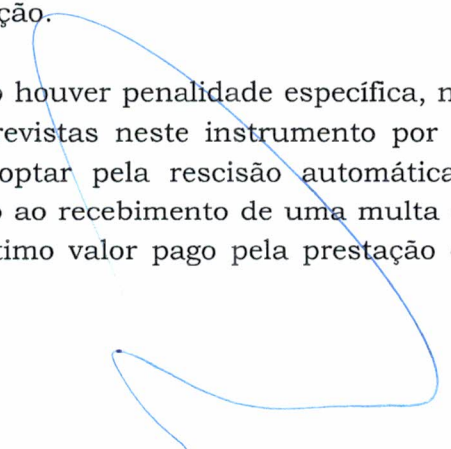
CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO

7.1 – O presente Contrato é firmado pelo prazo de 90 (noventa) dias a partir do início da efetiva prestação de serviços pelo **CONTRATADO**.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO

8.1 – O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo, por quaisquer das partes, desde que através do envio de notificação escrita à parte contrária com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência, não havendo direito a qualquer indenização.

8.2 – Quando não houver penalidade específica, na hipótese de descumprimento das obrigações previstas neste instrumento por quaisquer das partes, a parte inocente poderá optar pela rescisão automática e imediata do mesmo, sem prejuízo do direito ao recebimento de uma multa correspondente a 10% (dez por cento) sobre o último valor pago pela prestação de serviços, e sem prejuízo do



direito de exigir indenização da parte infratora, por eventuais perdas e danos que venha a sofrer.

8.3 O pagamento de que trata o caput deste item, far-se-á incontinenti e de imediato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem prejuízo da parte inocente considerar rescindido de pleno direito o presente contrato.

CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 – Este contrato é absolutamente intransferível, não podendo em hipótese alguma, serem subrogados seus direitos e obrigações a terceiros estranhos à presente relação contratual, sem anuência expressa e por escrito de ambas as partes.

9.2 – O presente instrumento é firmado de forma expressa e toda e qualquer alteração ou manifestação de vontade das partes somente poderá ocorrer em igual condição, necessitando, para isso, a aquiescência das partes, manifestada de forma inequívoca e em instrumento próprio e substitui todos os instrumentos eventualmente já assinados entre as partes em momento anterior, os quais ficam, a partir da celebração deste, revogados de pleno direito.

9.3 – Poderá o **CONTRATANTE**, a qualquer momento ou fase do serviço, a seu juízo, vetar o ingresso de profissionais indicados pelo **CONTRATADO**, determinar a alteração, restrição de fisioterapeutas, sem qualquer ônus para a mesma, todavia dando prazo de até 72 (setenta e duas horas) para que isso aconteça.

9.4 – Eventual alteração em relação à prestação de serviço deverá ser tratada, por escrito, entre os representantes legalmente constituídos do **CONTRATANTE** e do **CONTRATADO** e não diretamente com seus prepostos no local de prestação dos serviços ora contratados.

9.5 – Os sócios do **CONTRATADO** respondem solidária e subsidiariamente pelas obrigações da pessoa jurídica.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1 – Os contratantes elegem o foro da cidade de Penha (SC), com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas de interpretação e aplicação deste contrato, bem como para execução.

Por estarem justos e acertados, firmam o presente contrato em 02 (duas) vias, de igual teor e forma, se obrigando a cumprir o que nele está avençado, na presença de duas testemunhas, que abaixo também subscrevem para os fins pretendidos.

Penha, 14 de Dezembro de 2020.

**INSTITUTO ADONHIRAN
CONTRATANTE**

CLAUDEMIR
MARCOLLA:05887
753986

Assinado de forma digital por
CLAUDEMIR
MARCOLLA:05887753986
Dados: 2020.12.16 17:10:18
-03'00'

**QUALIFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA.
CONTRATADO**

Testemunhas:

1) _____
Nome:
CPF/MF:

2) _____
Nome:
CPF/MF:

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

CONTRATANTE: INSTITUTO ADONHIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 11.074.062/0002-45, com sede na Rua Calixto Luiz Honório, nº 415, Centro, Penha/SC, neste ato representado por Fabiano Amorim, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade nº 2.347.380 SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 739.723.559-04, residente e domiciliado à Rua Ernesto Kuchenbecker, nº 300, Bairro Souza Cruz, Brusque/SC, CEP 88354.696.

CONTRATADO: QUALIFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.911.430/0001-19, com sede na Rua Azambuja, nº 1089, Azambuja, Brusque/SC.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima, devidamente identificadas e qualificadas, têm entre si ajustado e contratado, o **TERMO ADITIVO DE CONTRATO PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA** que se regerá de conformidade com as Cláusulas e condições abaixo.

Artigo 1 - As partes resolvem alterar a cláusula 2.1 do contrato para atendimento de no máximo 25 pacientes.

Artigo 2 - As partes resolvem alterar a cláusula 7.1. O contrato terá vigência até 30/06/2021, podendo ser prorrogado conforme interesse das partes em novo termo aditivo.

Artigo 3 - As demais cláusulas permanecem inalteradas.

Penha, 11 de Março de 2021.

**INSTITUTO ADONHIRAN
CONTRATANTE**

Karla Colgan

**QUALIFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA.
CONTRATADO**

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA**

CONTRATANTE: INSTITUTO ADHONIRAN DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob nº 11.074.062/0002-45, com sede na Rua Calixto Luiz Honório, nº 415, Centro, Penha/SC, neste ato representado por Fabiano Amorim, brasileiro, casado, administrador, portador da cédula de identidade nº 2.347.380 SSP/SC, inscrito no CPF/MF sob o nº 739.723.559-04, residente e domiciliado à Rua Ernesto Kuchenbecker, nº 300, Bairro Souza Cruz, Brusque/SC, CEP 88354.696.

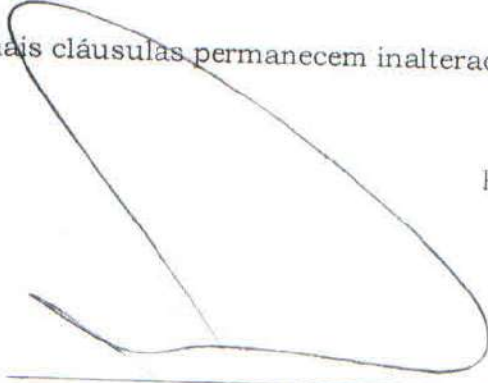
CONTRATADO: QUALIFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.911.430/0001-19, com sede na Rua Azambuja, nº 1089, Azambuja, Brusque/SC.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes acima, devidamente identificadas e qualificadas, têm entre si ajustado e contratado, o **SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA** que se regerá de conformidade com as Cláusulas e condições abaixo.

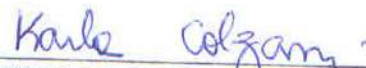
Artigo 1 - As partes resolvem alterar a cláusula 7.1. O Contrato terá vigência até 30 de Setembro de 2021, podendo ser prorrogado conforme interesse das partes em novo termo aditivo.

Artigo 2 - As demais cláusulas permanecem inalteradas.

Penha, 01 de Julho de 2021.



**INSTITUTO ADONHIRAN
CONTRATANTE**



**QUALIFISIO CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DE AZAMBUJA LTDA.
CONTRATADO**

Testemunhas:

1) Tamiris Freire

Nome: Tamiris Freire

CPF/MF: 066.219.779-10

2) Daniela Gosh Cosme

Nome: Daniela Gosh Cosme

CPF/MF: 047.082.879-47