

# PREFEITURA DE MARIALVA

Estado do Paraná - 76.282.680/0001-45

Rua Santa Efigênia, 680 Centro (44) 3232-8383 - CEP 86990-000

## NOTA DE EMPENHO

Página 1 / 1

Nº do Empenho: 3264 / 2022 Ordinário Data: 02/05/2022

Credor: 102473 INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
Endereço: - C.E.P. - -  
C.N.P.J.: 12.889.035/0001-02 Insc. Est.:  
Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. Ag.:0132-5 Conta:161027-9

Orgão: 07. SECRETARIA MUN. DE SAÚDE  
Unidade: 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Prog. Trabalho: 10.302.0008.2.052. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
Elemento Desp.: 3.3.9.0.30.00.00. MATERIAL DE CONSUMO  
Reduzido: 210  
F. de Recurso: 1303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERC 1303  
Desdobramento: 09 00 MATERIAL FARMACOLÓGICO

Tipo de Licitação:  
Pregão

Nº Licitação.....: 118/2021

Nº NAD.....: 3279

Nº Convênio:/

| Dotação Inicial | Saldo Anterior | Valor  | Saldo Atual |
|-----------------|----------------|--------|-------------|
| 1.212.070,92    | 309.579,09     | 138,60 | 309.440,49  |

HISTÓRICO: Aquisição de materiais médicos/hospitalares, instrumentais e medicamentos necessários para o abastecimento da rede pública municipal - JUDICIAL

| ITEM | QTD    | UN | ESPECIFICAÇÃO                                     | VLR. UNITÁRIO | VLR. TOTAL |
|------|--------|----|---------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1    | 180,00 | CO | CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75MG. CODIGO: BR0272382 | 0,77          | 138,60     |

| Local de Entrega | Total Retenções: | 0,00 | Total Liq. Empenho: | 138,60 |
|------------------|------------------|------|---------------------|--------|
|------------------|------------------|------|---------------------|--------|

Empenhado por:

PAULO CÉSAR MORI

PAGAMENTO

ORDEM DE PAGAMENTO

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

Marialva, de de

Prefeitura Municipal  
de Marialva

DIORGINY GONÇALVES DE FARIA  
Contador CRC/PR Nº 078120/O-6

22 AGO. 2022

Banco

Nº da Conta

Nº do Cheque

PAGO

Autorizo a Despesa Acima Discriminada

Marialva, de de

VICTOR CELSO MARTINI  
Prefeito Municipal

BRUNO COSTA DE OLIVEIRA  
Sec. Mun. Finanças CRC-PR 067844/O-8

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da PREFEITURA DE MARIALVA, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

Marialva, de de

Credor: INOVAMED HOSPITALAR LTDA  
C.N.P.J.: 12.889.035/0001-02

|                                       |                                         |                                                        |  |                  |                                                                                    |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| RECEBEMOS DE INOVAMED HOSPITALAR LTDA |                                         | OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |  | PED.: 1100001639 |  | NF-e<br>Nº. 217793<br>SÉRIE 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO                   | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                                        |  | 217793           |                                                                                    |                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Identificação do Emitente</b><br><b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b><br>RUA DR. JOÃO CARUSO - 2115 - DISTRITO INDUSTRIAL - ERECHIM - RS - 99706-250<br>Telefone: (54) 2106-7930<br>E-mail: inovamed@inovamedhospitalar.com | <b>DANF-e</b><br>Documento Auxiliar da Nota Fiscal<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br>Nº. 217793<br>SÉRIE 1<br>FL 1 of 1 | <br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal<br>CHAVE DE ACESSO<br>4322 0812 8890 3500 0102 5500 1000 2177 9311 6372 7810 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                      |                                               |                            |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| NATUREZA DE OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB DE TERC, DEST A NAO CONTRIB |                                               |                            |                                                                              |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>0390157570                                                     | INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO<br>0990597456 | CNPJ<br>12.889.035/0001-02 | Protocolo de Autorização(Data e Hora)<br>143220169458714 05/08/2022 15:26:30 |

|                                                 |                       |                                |                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE                          |                       |                                |                                     |
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>1003 MUNICIPIO DE MARIALVA |                       | CNPJ/CPF<br>76.282.680/0001-45 | DATA DA EMISSÃO<br>05/08/2022       |
| LOGRADOURO<br>RUA SANTA EFIGENIA                | NÚMERO<br>680         | COMPLEMENTO<br>CENTRO          | DATA DA ENTRADA/SAÍDA<br>05/08/2022 |
| CEP<br>86990-000                                | MUNICÍPIO<br>MARIALVA | Telefone/Fax<br>(44)3232-8383  | UF<br>PR                            |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL                              |                       | HORA DE SAÍDA                  |                                     |

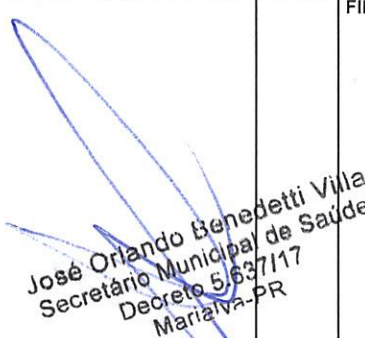
|         |                   |                 |  |
|---------|-------------------|-----------------|--|
| FATURA  |                   |                 |  |
| Nº<br>1 | Venc.<br>04/09/22 | Valor<br>138,60 |  |

|                    |                 |                         |                            |               |                             |                            |                          |
|--------------------|-----------------|-------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO |                 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS |                            | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST. | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|                    |                 | 138,60                  |                            | 16,63         | 0,00                        | 0,00                       | 138,60                   |
| VALOR DO FRETE     | VALOR DO SEGURO | VALOR DO DESCONTO       | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI  | VALOR TOTAL DA NOTA         |                            |                          |
| 0,00               | 0,00            | 0,00                    | 0,00                       | 0,00          | 138,60                      |                            |                          |

|                                                  |                                 |                        |                                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS              |                                 |                        |                                 |
| RAZÃO SOCIAL<br>B. TRANSPORTES LTDA              | FRETE POR CONTA<br>0 - Emitente | CÓDIGO ANTT<br>PC 1234 | UF<br>RS                        |
| LOGRADOURO<br>RUA ALFREDO WEISS, 30 - BOEHMRWALD | MUNICÍPIO<br>SAO BENTO DO SU    | UF<br>SC               | CNPJ/CPF<br>04.353.469/0033-42  |
| QUANTIDADE<br>1                                  | ESPECIE                         | MARCA                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>254954324 |
| NUMERAÇÃO<br>1                                   |                                 | PESO BRUTO<br>0,13     | PESO LÍQUIDO<br>0,13            |

|                           |                       |             |                  |
|---------------------------|-----------------------|-------------|------------------|
| ENDEREÇO DE ENTREGA       |                       |             |                  |
| LOGRADOURO<br>RUA FORMOSA | NÚMERO<br>522         | COMPLEMENTO | BAIRRO<br>CENTRO |
| CEP<br>86990-000          | MUNICÍPIO<br>MARIALVA | UF<br>PR    |                  |

## DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

| Cód.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                       | NCM/SH   | CST | CFOP | UND | QTD | V. UN. | V. TOTAL | PMC  | BC. ICMS | V. ICMS | ALIQ. ICMS | BC. ICMS ST | V. ICMS ST |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|-----|-----|--------|----------|------|----------|---------|------------|-------------|------------|
| 1637                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CL DE VENLAFAXINA 75 MG CP (G) (C1) CLOR DE VENLAFAXINA (C1)<br>PRINCIPIO ATIVO: CLOR DE VENLAFAXINA<br>CX C/30 CA<br>EAN: 7899095256934<br>FAB: 09/05/2022<br>BASE ST UN: 0,000<br>FAB: 09/05/2022<br>VAL: 28/06/2024<br>VALOR ST: 0,000<br>LT: 2207143<br>REG. MS: 1542302500122 | 30049099 | 000 | 6108 | CA  | 120 | 0,77   | 92,40    | 3,58 | 92,40    | 11,09   | 12,00      | 0,00        | 0,00       |
| 1637                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CL DE VENLAFAXINA 75 MG CP (G) (C1) CLOR DE VENLAFAXINA (C1)<br>PRINCIPIO ATIVO: CLOR DE VENLAFAXINA<br>CX C/30 CA<br>EAN: 7899095256934<br>FAB: 09/05/2022<br>BASE ST UN: 0,000<br>FAB: 09/05/2022<br>VAL: 30/05/2024<br>VALOR ST: 0,000<br>LT: 2207098<br>REG. MS: 1542302500122 | 30049099 | 000 | 6108 | CA  | 60  | 0,77   | 46,20    | 3,58 | 46,20    | 5,54    | 12,00      | 0,00        | 0,00       |
| FIM DOS PRODUTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |      |     |     |        |          |      |          |         |            |             |            |
| <div><br/>José Orlando Benedetti Villa<br/>Secretário Municipal de Saúde<br/>Decreto 5637/17<br/>Marialva-PR</div> <div><b>AQUISIÇÃO - de acordo com:</b><br/><input type="checkbox"/> CONVITE<br/><input type="checkbox"/> TOMADA DE PREÇO<br/><input checked="" type="checkbox"/> CONCORRÊNCIA<br/><input checked="" type="checkbox"/> PREGÃO<br/><input type="checkbox"/> DISPENSA<br/><input type="checkbox"/> INEXIGIBILIDADE<br/>Nº 118-21 DE 11/11/2021<br/>C. SOA</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |     |      |     |     |        |          |      |          |         |            |             |            |

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

## DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:</b><br>VALOR TOTAL DOS TRIBUTOS, CONFORME LEI DA TRANSPARENCIA R\$: 24,95 (18,00%)<br>HORARIO DE ENTREGA: / / LIC 20169_EMP_NAD_3279/2022_PE_118/2021_PROC_1090/ /2021_CONTRATO_507/2021<br>LIC 20169_PE_118/2021_NAD_3<br>OBSERVAÇÃO:<br>DEPOSITO BANCO DO BRASIL AG 132-5 CC 161027-9-Pix BB: 12.889.035/0001-02 - PIX CAIXA: SEDINEI@INOVAMED-RS.COM.BR<br>RETENCAO DE 1,2% DE IR CFE. IN RFB N.º 1234/2012 NO VALOR DE R\$ 1,66<br>VALORES TOTAIS DO ICMS INTERESTADUAL: DIFAL DA UF DESTINO R\$8.31 + FCP R\$0.00; DIFAL DA UF ORIGEM R\$0.00. | RESERVADO AO FISCO |
| <br>Silvana A. Tateyama<br>FARMACÊUTICA - RIOQUÍMICA<br>CRF-PR 16020<br>*CAMENTOS GENERICOS (GEN) - MEDICAMENTOS SIMILARES (SIMI) - MEDICAMENTOS CORRELATOS (CORREL) - MEDICAMENTOS ETICOS (ETIC)<br>*AUDOS PODEM SER IMPRESSOS NO SITE WWW.INOVAMEDHOSPITALAR.COM<br>TRANSPORTADOR, favor agendar horário de entrega"                                                                                                                                                                          |                    |



PREFEITURA DE MARIALVA  
CNPJ: 76.282.680/0001-45  
Estado do Paraná  
Exercício: 2022

Unc 01/06/22

*Notificado*

## NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE DESPESA

3279 / 2022

Espécie:

Data Emissão: 28/04/2022

Página 1 / 1

**FORNECEDOR:** 102473 - INOVAMED HOSPITALAR LTDA

**CNPJ:** 12.889.035/0001-02

**Insc. Estadual:**

**ENDEREÇO:**

**BAIRRO:** CIDADE: -

**CEP:**

**TELEFONE:** (54)2106-7930 **E-MAIL:**

**Órgão:** 07 SECRETARIA MUN. DE SAÚDE

**Unid. Orçamentária:** 07.002. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

**Função:** 10 Saúde

**Sub Função:** 302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial

**Programa:** 0008 SAÚDE NINGUÉM FICA SEM

**Projeto/Atividade:** 2052 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

**Nat. da Despesa:** 3.3.90.30. MATERIAL DE CONSUMO

**Desdobramento:** 09 MATERIAL FARMACOLÓGICO

**SubDesdobramento:** 00

**Fonte de Recurso:** 01303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%) - EXERCÍCIO COF

**Recurso:**

**Contrapartida:** Não

**Convênio Nº:** /

**Processo:** /

**Nº. Solicitação:** 3.946/2.022

**Modalidade:** Pregão

**Nº Licitação:** 118/2021

**Nº Contrato:** 507/2021

**Data Publicação:** 27/12/2021

**ID Contrato:** 2021507

**Loc./Interv. Obra:** /

**Cód. Bem:**

**Subvenção:** /

**Empenho:** 3.264/2.022

**JUSTIFICATIVA:** Aquisição de materiais médicos/hospitalares, instrumentais e medicamentos necessários para o abastecimento da rede pública municipal - JUDICIAL

**PRAZO DE EXECUÇÃO/ENTREGA:** 5 Dias

**LOCAL DE ENTREGA:** Farmácia Municipal

Rua Formosa nº522 centro CEP: 86990-000

Tel: (44) 3232-6297

Horário de entrega: Seg à sexta das 8-11h e das 13-17h

email.: farmaciamva@outlook.com

**FORMA DE PAGAMENTO:** no prazo de 30 dias após entrega da fatura

**FISCAL DE CONTRATO:** -

| Ord. | Item   | Descrição                                                                | Unidade | Quantidade | Vlr. Unitário | Vlr. Total |
|------|--------|--------------------------------------------------------------------------|---------|------------|---------------|------------|
| 1    | 100077 | CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75MG. CODIGO: BR0272382 - Marca: Geolab Geolab | COMPRI  | 180,00     | 0,770         | 138,600    |

**Total:** 138,60

*José Orlando Benedetti Villa*  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto 5.637/17  
Marialva-PR

Silvia Sayuri Matsumoto  
Responsável pela Elaboração

Claudio Virgentin  
Secretário Municipal de Administração



---

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

---

22/08/2022 - BANCO DO BRASIL - 16:17:21  
227802278 0006

## COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: PREFEITURA MUN MARIALVA  
AGENCIA: 2278-0 CONTA: 9.431-5  
=====

BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891122308184660217545003841074190980000013860  
BENEFICIARIO:

INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMEN

NOME FANTASIA:

INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMEN

CNPJ: 12.889.035/0001-02

BENEFICIARIO FINAL:

INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMEN

CNPJ: 12.889.035/0001-02

PAGADOR:

MUNICIPIO DE MARIALVA

CNPJ: 76.282.680/0001-45

-----  
NR. DOCUMENTO 82.201  
DATA DE VENCIMENTO 04/09/2022  
DATA DO PAGAMENTO 22/08/2022  
VALOR DO DOCUMENTO 138,60  
VALOR COBRADO 138,60  
=====NR.AUTENTICACAO A.83F.145.043.458.131  
=====

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.Assinada por JB502980 VICTOR CELSO MARTINI  
J8951522 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA

22/08/2022 15:45:23

22/08/2022 16:17:21

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: J8951522 BRUNO COSTA DE OLIVEIRA.

---



## Comprovante de Entrega

|                                                 |                                    |                                                |                                                                                                                                                                                  |            |
|-------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CEDENTE<br><b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>      |                                    | AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE<br><b>0217.45.00384</b> | MOTIVOS DE NÃO ENTREGA ( PARA USO DA EMPRESA ENTREGADORA )<br><input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe no indicado |            |
| SACADO<br><b>MUNICIPIO DE MARIALVA</b>          |                                    | NOSSO NÚMERO<br><b>22/381846-6</b>             | <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Falecido                                                                       |            |
| VENCIMENTO<br><b>04/09/2022</b>                 | Nº DO DOCUMENTO<br><b>217793-1</b> | VALOR DO DOCUMENTO<br><b>138,60</b>            | <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Outros (anotar no verso)                                           |            |
| Recebi(emos) o bloquete de característica acima |                                    | DATA                                           | ASSINATURA                                                                                                                                                                       | DATA       |
|                                                 |                                    |                                                |                                                                                                                                                                                  | ENTREGADOR |

DESTACAR ABAIXO

**748-X**

## RECIBO DO SACADO

|                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                              |                      |                                         |                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br><b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SICREDI</b>                                                                                                                             |                                     |                              |                      |                                         | VENCIMENTO<br><b>04/09/2022</b>                |  |
| CEDENTE<br><b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>                                                                                                                                                                                |                                     |                              |                      |                                         | AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE<br><b>0217.45.00384</b> |  |
| DATA DOCUMENTO<br><b>05/08/2022</b>                                                                                                                                                                                       | NÚMERO DOCUMENTO<br><b>217793-1</b> | ESP. DOC<br><b>DI</b>        | ACEITE<br><b>NAO</b> | DATA PROCESSAMENTO<br><b>05/08/2022</b> | NOSSO NÚMERO<br><b>22/381846-6</b>             |  |
|                                                                                                                                                                                                                           | CARTEIRA<br><b>1</b>                | ESPECIE MOEDA<br><b>REAL</b> | QUANTIDADE           | VALOR                                   | (-) VALOR DO DOCUMENTO<br><b>138,60</b>        |  |
| INSTRUÇÕES<br><br>Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 2,77<br>Apos Vencimento Cobrar Juros de R\$ 0,23 Por Dia de Atraso<br><br>CONTATO:<br>DÚVIDAS PELO FONE: (54) 2106-7930<br>Email.: cobranças@inovamedhospitalar.com |                                     |                              |                      |                                         | (-) DESCONTO/ADIANTAMENTO                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                              |                      |                                         | (-) OUTRAS DEDUÇÕES                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                              |                      |                                         | (+ ) MORA/MULTA                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                              |                      |                                         | (+ ) OUTROS ACRÉSCIMOS                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                              |                      |                                         | (+ ) VALOR COBRADO<br><b>138,60</b>            |  |
| SACADO<br><b>MUNICIPIO DE MARIALVA</b><br><b>RUA SANTA EFIGENIA</b><br><b>CENTRO</b><br><b>MARIALVA</b><br><b>PR</b><br><b>CEP : 86990-000</b>                                                                            |                                     |                              |                      |                                         | 76.282.680/0001-45                             |  |
| SACADOR / CEDENTE                                                                                                                                                                                                         |                                     |                              |                      |                                         |                                                |  |

**748-X****74891.12230 81846.602175 45003.841074 1 90980000013860**

|                                                                                                                                                |                                     |                              |                      |                                         |                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|--|
| LOCAL DE PAGAMENTO<br><b>PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CREDITO DO SICREDI</b>                                                  |                                     |                              |                      |                                         | VENCIMENTO<br><b>04/09/2022</b>                |  |
| CEDENTE<br><b>INOVAMED HOSPITALAR LTDA</b>                                                                                                     |                                     |                              |                      |                                         | AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE<br><b>0217.45.00384</b> |  |
| DATA DOCUMENTO<br><b>05/08/2022</b>                                                                                                            | NÚMERO DOCUMENTO<br><b>217793-1</b> | ESP. DOC<br><b>DI</b>        | ACEITE<br><b>NAO</b> | DATA PROCESSAMENTO<br><b>05/08/2022</b> | NOSSO NÚMERO<br><b>22/381846-6</b>             |  |
|                                                                                                                                                | CARTEIRA<br><b>1</b>                | ESPECIE MOEDA<br><b>REAL</b> | QUANTIDADE           | VALOR                                   | (-) VALOR DO DOCUMENTO<br><b>138,60</b>        |  |
| INSTRUÇÕES<br><br>Apos Vencimento Cobrar Multa de R\$ 2,77<br>Apos Vencimento Cobrar 0,23 Por Dia de Atraso<br>CONTATO:                        |                                     |                              |                      |                                         | (-) DESCONTO/ADIANTAMENTO                      |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                              |                      |                                         | (-) OUTRAS DEDUÇÕES                            |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                              |                      |                                         | (+ ) MORA/MULTA                                |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                              |                      |                                         | (+ ) OUTROS ACRÉSCIMOS                         |  |
|                                                                                                                                                |                                     |                              |                      |                                         | (+ ) VALOR COBRADO<br><b>138,60</b>            |  |
| SACADO<br><b>MUNICIPIO DE MARIALVA</b><br><b>RUA SANTA EFIGENIA</b><br><b>CENTRO</b><br><b>MARIALVA</b><br><b>PR</b><br><b>CEP : 86990-000</b> |                                     |                              |                      |                                         | 76.282.680/0001-45                             |  |
| SACADOR / CEDENTE                                                                                                                              |                                     |                              |                      |                                         |                                                |  |

Ficha de Compensação

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

