



30
horas

Comprovante de Operação - Títulos Outros Bancos

Identificação no Extrato: **SISPAG FORNECEDORES**

Dados da conta a ser debitada:

Agência: **8787**

Conta: **13083 - 3**

Nome: **ASSOC BRAS CANC H M KR C PG**

Dados do pagamento:

CPF/CNPJ: **29259075000173**

Nome do favorecido: **LIGA HOSPITALARES LTDA**

CPF/CNPJ do pagador: **33.816.794/0002-04**

Representação numérica
do código de barras: **00190 00009 03086 041005 00003 473170 2 93050000533574**

Valor pago: **R\$ 5.335,74**

Data de vencimento: **30/03/2023**

Informações fornecidas
pelo pagador: **REF NF 5227**

Pagamento efetuado em 30.03.2023 às 16:20:38, via Sispag, CTRL 568870779000025

Autenticação:

02A0E519650628E12BA73097DB1569525C10F9D7

* O cliente assume total responsabilidade por eventuais danos decorrentes de inexatidão ou insuficiência nas informações por ele inseridas.

----- Cortar aqui -----

001-9

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCOBeneficiário LIGA HOSPITALAR EIRELI ME - CNPJ: 29.259.075/0001-73
RUA INGAI,32 PENHA, RIO DE JANEIRO/RJ 21020260 Fone: (21) 3580-6380Data do Documento
28/02/2023Número do Documento
5227/1Espécie Doc.
DMAceite
NData do Processamento
28/02/2023

Tipo do Banco

Carteira
17/019Espécie
R\$

Quantidade

Valor

Vencimento

30/03/2023

Agência / Código Beneficiário

0576-2/000024821

Nosso Número

30860410000003473

(=) Valor do Documento

5.335,74

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 0,75% AO DIA.

Cobrar juros de 2% ao mês de atraso.

Cobrar multa de 2,00% para pagamento após o vencimento.

Pagador: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ASSISTENCIA AOS CANCEROSOS
RUA MAGE 326 - PENHA, RIO DE JANEIRO / RJ - 21020130

Pagador/

Avalista:

CPF / CNPJ

33816794000204

Código de Baixa

Recebimento através do cheque número
do banco.Esta quitação só terá validade após o
pagamento do cheque pelo banco sacado.

Autenticação Mecânica

001-9

00190.00009 03086.041005 00003.473170 2 93050000533574

Local de Pagamento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCOBeneficiário LIGA HOSPITALAR EIRELI ME - CNPJ: 29.259.075/0001-73
RUA INGAI,32 PENHA, RIO DE JANEIRO/RJ 21020260 Fone: (21) 3580-6380Data do Documento
28/02/2023Número do Documento
5227/1Espécie Doc.
DMAceite
NData do Processamento
28/02/2023

Tipo do Banco

Carteira
17/019Espécie Moeda
R\$

Quantidade

Valor

Vencimento

30/03/2023

Agência / Código Beneficiário

0576-2/000024821

Nosso Número

30860410000003473

(=) Valor do Documento

5.335,74

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 0,75% AO DIA.

Cobrar juros de 2% ao mês de atraso.

Cobrar multa de 2,00% para pagamento após o vencimento.

Pagador: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ASSISTENCIA AOS CANCEROSOS
RUA MAGE 326 - PENHA, RIO DE JANEIRO / RJ - 21020130

Pagador/

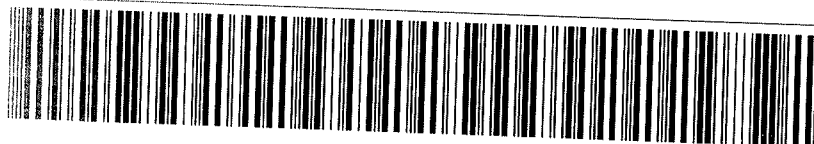
Avalista:

CPF / CNPJ

33816794000204

Código de Baixa

Autenticação - Ficha de Compensação

Cristiano Cerqueira
Diretor Administrativo /
Financeiro
Hospital Mario Kroeff

HOSPITAL MARIO KRÖEFF**ABAC – Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos**

Rua Magé, 326 – Penha Circular – CEP: 21020-130 – Telefone: 2136-9696

Site: www.mariokroeff.org.bremail: ouvidoria@mariokroeff.org.br**P E D I D O D E C O M P R A S**

PEDIDO.....: 23425 COTAÇÃO: 17154 SOLIC: 16377 SOLICITANTE: ANA PAULA FONSECA BATIST COMPRADOR: SERGIO FELIX DO
 CC SOLICIT...: 000107-CGA-CENTRAL GERAL DE ABASTECIMENTO N. ALTER :
 FORNECEDOR...: 003291 LIGA HOSPITALAR EIRELI ME
 RAZÃO SOCIAL: LIGA HOSPITALAR EIRELI ME
 ENDEREÇO....: RUA LUIZ LEOPOLDO FERNANDES PINHEIRO,555
 BAIRRO.....: CENTRO CIDADE: NITEROI
 CNPJ/CPF....: 29.259.075/0001-73 IE/RG:
 FONE.....: 989015753 FAX:
 FAT. MÍNIMO.: 0,00 BANCO: AGENCIA:
 DATA PEDIDO.: 27/02/2023 VENDEDOR.:
 FRETE.....: 0,00 DESCONTO.: 0,00
 COND. PAGTO.: A COMBINAR FORMA PG.:
 SIT. PEDIDO.: 3-ENCOMENDADO PROCESSO.:
 AUTORIZADOR :
 EMAIL.....: marcelo.spelta@globo.com
 OBS P/ FORN.: FONE.....: 989015753

| Item | T | Código | Descrição | U | Unid | Qtd | Preço | Preço Total | Marca |
|------|---|----------|-------------------------------------|---|------|------|-----------|-------------|-------|
| 1 | P | 00000616 | COMPRESSA DE GAZE ESTERIL C/1 ENVEL | U | UNID | 1000 | 0,910000 | 910,00 | |
| 2 | P | 00000661 | EQUIPO P/TAXOL ISENTO C/FILTRO 2 MI | U | UNID | 200 | 35,500000 | 7100,00 | |
| 3 | P | 00003430 | EQUIPO P/ SORO COM INJETOR LATERAL | U | UNID | 600 | 2,790000 | 1674,00 | |
| 4 | P | 00008331 | EQUIPO PARA TAXOL BI. SMART FREE. | U | UNID | 100 | 35,500000 | 3550,00 | |
| 5 | P | 00005686 | FITA GLICEMIA ON CALL PLUS CX 50 FI | U | CAIX | 20 | 39,000000 | 780,00 | |
| 6 | P | 00000809 | IRRIGAFIX 4 VIAS (ARTROZAN) | U | UNID | 20 | 20,160000 | 403,20 | |
| 7 | P | 00003432 | POLIFIX 2 VIAS HARTMAN | U | UNID | 600 | 2,650000 | 1590,00 | |
| | | | | | | | | 16007,20 | |

TOTAL DO PEDIDO : 16007,20

AUTORIZADO POR: _____

Alex Murad
Supervisor de Compras
 Alex Guadalupe Murad
 Supervisor de Compras

Cristiano Cerqueira
 Diretor Administrativo
 Financeiro
 Hospital Mario Kroeff

Sergio Felix do Nascimento
 Gerente de Compras
 H M K