



Av. Paulista 283
2º andar - Bela Vista
São Paulo - SP
CEP 01311-000
Tel: (11) 5465 6222
www.acsc.org.br

FORMULÁRIO – FOLHA DE ROSTO PARA AUTORIZAÇÃO/ASSINATURA DE DOCUMENTOS

CONTRATO PAGAMENTO

Contrato: <input checked="" type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Rescisão <input type="checkbox"/> Aditivo	ID e-Law:
---	------------------

Setor responsável pelo documento:

Direção/Gerência Administrativa

Colaborador responsável pelo documento:

Simone de Oliveira Machado da Silva

Telefone/Ramal para contato:

(48) 3631-7085

Documento vinculado à/ao:

CORPORATIVO CASA Hospital Nossa Senhora da Conceição

Referente à empresa:

Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo - Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo

Vigência:


22/11/2022

Não se aplica

Observações:

Documentos referente a Prestação de Contas do Termo de Convênio nº 001/2022 com a Prefeitura Municipal de Capivari de Baixo (Custeio - Emergência), 11ª parcela.

Nota: inserir neste campo informações importantes do contrato, tais como: objeto, valores, alterações, etc.

	Aprovador 1 DocuSigned by:  2A0F9351B2334A8...	Aprovador 2
--	---	--------------------

Antes de prosseguir com a assinatura dos procuradores, verifique se o documento está de acordo com todos os itens abaixo:

- Validado pelo Jurídico Corporativo (com chancela);
- Inserir em "observações" uma descrição detalhada e clara do que se refere o documento;

OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Ao Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo

Tubarão, 22 de novembro de 2022.

Referente: Prestação de Contas do Termo de Convênio nº 001/2022, parcela 11

Prezado Senhor

Cumprimentando-a cordialmente, vimos por meio deste, encaminhar a prestação de contas do Termo de Convênio firmado entre o Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo e a Rede Santa Catarina – Hospital Nossa Senhora da Conceição, nº 001/2022, 11ª parcela (Custeio), no valor de R\$ 21.000,00 (Vinte e um mil reais) recebido no dia 07 de novembro de 2022.

- Balancete TC 28;
- Balancete TC 29;
- Extrato Bancário;
- Comprovantes de Transferência;
- Notas Fiscais e Comprovantes de Pagamento;
- Relatórios de Atendimento.

Para quaisquer esclarecimentos, estamos a disposição através do e-mail simone.msilva@redesc.org.br ou telefone (48) 3631-7085, com o Sr(a). Simone de Oliveira Machado da Silva.

Atenciosamente,

DocuSigned by:

Fabio Tadeo Teixeira

A08270BB879343C...

Fabio Tadeo Teixeira
Diretor Executivo

Fundo Municipal de Saúde de Capivari de Baixo
Ilmo. Sr. Everson Barbosa Martins
Capivari de Baixo/SC



Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO

Anexo TC-28

Balancete de Prestação de Contas de Recursos Antecipados

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO

Ordenador da Despesa: Everson Barbosa Martins

Entidade Beneficiada: REDE SANTA CATARINA - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO C.N.P.J.: 60.922.168/0053-07

Endereço: R. VIDAL RAMOS, 215

CEP: 88701-160

Responsável: FABIO TADEO TEXEIRA

Doc. Resp. 023.369.068-99

Nota Empenho Número: 111

Data: 07/11/2022

Valor: R\$ 21.000,00

Projeto/Atividade: 2.050

MANUT DAS ATIVIDADES DE ASSIST MÉDICA HOSPITALAR E AMBULAT

Item/Fonte: 3.3.50.43.00.00.00.00.1002 TRANSFERÊNCIAS A INTUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS

Complemento Elemento: 3.3.50.39.50.00.00 SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL

Histórico Fiel da Finalidade: Pela despesa empenhada com cooperação entre as partes convenientes para a contribuição com os custos de manutenção do setor de emergência da conveniada, a fim de prestar serviços médico hospitalares, conforme Termo de Convênio nº 001/2022.

Documento		Histórico	Recebimentos	Pagamentos
	Data			
2308	07/11/2022	Valor recebido nesta data conforme empenho	21.000,00	
77028	22/11/2022	Master Higimed Comercial de Produtos de Higienização e Hospitalares Ltda		16.508,88
267407	22/11/2022	Promefarma Representações Comerciais Ltda		4.615,00
	22/11/2022	Recursos Próprios	123,88	
Totais:			21.123,88	21.123,88

Declaramos para todos os efeitos que a importância supra mencionada foi recebida por esta entidade e aplicada em seu benefício e no atendimento de seus objetivos.

Tubarão (SC), 22 de novembro de 2022

DocuSigned by:

Fabio Tadeo Teixeira

A002708D070940C...

Fabio Tadeo Teixeira

Diretor Executivo

DocuSigned by:

Arildo Gonçalves Marrão Junior

75C8FEB430DB4F9...

Arildo Gonçalves Marrão Junior

Contador (a) CRC 1SP174885/O-1



Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO

Anexo TC-29

Declaração de Recebimento e Aplicação de Subvenções Sociais de Pequeno Porte

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAPIVARI DE BAIXO

Ordenador da Despesa: Everson Barbosa Martins

Entidade Beneficiada: REDE SANTA CATARINA - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

C.N.P.J.: 60.922.168/0053-07

Endereço: Rua Vidal Ramos, 215

CEP: 88701-160

Responsável: Fabio Tadeo Teixeira

Doc. Resp.: 023.369.068-99

Nota Empenho nº: 111

Data: 07/11/2022

Valor: R\$ 21.000,00

Projeto/Atividade: 2.050

MANUT DAS ATIVIDADES DE ASSIST MÉDICA HOSPITALAR E AMBULAT

Item/Fonte: 3.3.50.43.00.00.00.00.1002


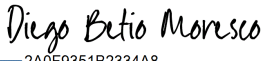
TRANSFERÊNCIAS A INTUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS

Complemento Elemento: 3.3.50.39.50.00.00

SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAL

Declaramos, para todos os efeitos legais, que a importância supra mencionada foi recebida por esta entidade e aplicada em seu benefício e no atendimento de seus objetivos.

Capivari de Baixo, 22 de novembro de 2022.

Nome	Cargo	Assinatura	C.P.F.
<u>Fabio Tadeo Teixeira</u>	<u>Diretor Executivo</u>	 DocuSigned by: 0823690870343C...	<u>023.369.068-99</u>
<u>Diego Betio Moresco</u>	<u>Gerente Administrativo</u>	 2A0F9351B2334A8...	<u>819.527.320-34</u>

Declaração recebida em ___/___/___

Responsável

EXTRATO BANCÁRIO

22/11/2022 09:00

Banco do Brasil

**BB Cash - Conta corrente - Consulta autorizáveis - Extrato de conta corrente**G337220847253401013
22/11/2022 09:00:04**Cliente - Conta atual**

Agência 1911-9
 Conta corrente 8995-8 ASSOCIACAO C S CATARINA
 Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
21/10/2022		0000	00000	Saldo Anterior		0,00 C	0,00 C
07/11/2022		5456	99026	Transferência recebida	665.456.000.013.742	21.000,00 C	
				07/11 5456 13742-1 ASPS-LC141-FMS			
07/11/2022		0000	13113	Tar Manuten Conta Ativa	833.110.800.445.373	59,95 D	20.940,05 C
				Cobrança referente a 03/11/2022			
18/11/2022		0201	99015	Transferência recebida	550.201.000.381.480	59,95 C	21.000,00 C
				18/11 0201 381480-7 ASSOCIACAO CON			
22/11/2022		0000	12105	Transferência recebida	201.000.381.480	123,88 C	
				22/11 0201 381480-7 ASSOCIACAO CON			
22/11/2022		0000	11105	Pagamento de Boleto	112.201	16.508,88 D	
				MASTER HIGIMED COML. PRODUTOS HIGIENIZ			
22/11/2022		0000	11105	Pagamento de Boleto	112.202	4.615,00 D	
				PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOS			
22/11/2022		0000	00000	S A L D O			0,00 C
Saldo							0,00 C
Juros *							0,00
Data de Debito de Juros							30/11/2022
IOF *							0,00
Data de Debito de IOF							01/12/2022

 Transação efetuada com sucesso por: JA215772 MARILU VARGAS FERNANDES.



Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000

COMPROVANTES DE TRANSFERÊNCIA

22/11/2022 09:01

Banco do Brasil



Emissão de comprovantes - Autorizável

G3372208472534011
22/11/2022 09:01:27

18/11/2022 - BANCO DO BRASIL - 15:43:06
020100201 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO CONGREGACAO DE
AGENCIA: 0201-1 CONTA: 381.480-7
=====

DATA DA TRANSFERENCIA 18/11/2022
NR. DOCUMENTO 551.911.000.008.995
VALOR TOTAL 59,95
***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO C S CATARINA
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.995-8
NR. DOCUMENTO 550.201.000.381.480
=====

NR.AUTENTICACAO E.AFA.D04.A49.75C.000

Transação efetuada com sucesso por: JA215772 MARILU VARGAS FERNANDES.

22/11/2022 09:03

Banco do Brasil



Emissão de comprovantes - Autorizável

G3372208472534011
22/11/2022 09:03:50

22/11/2022 - BANCO DO BRASIL - 09:03:50
020100201 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO CONGREGACAO DE
AGENCIA: 0201-1 CONTA: 381.480-7
=====

DATA DA TRANSFERENCIA 22/11/2022
NR. DOCUMENTO 191.100.000.008.995
VALOR TOTAL 123,88
***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO C S CATARINA
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.995-8
NR. DOCUMENTO 20.100.000.381.480
=====

NR.AUTENTICACAO 2.B41.C85.464.ADD.2BB

Transação efetuada com sucesso por: JA215772 MARILU VARGAS FERNANDES.



Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000

NOTAS FISCAIS E COMPROVANTES DE PAGAMENTO

MASTER HIGIMED COM PROD HIG HOSPITALARES LTDA MASTER HIGIMED DISTRIBUINDO SAÚDE E BEM ESTAR R EDMUNDO CARVALHO, 777 VILA NATALIA 04251-000 - SAO PAULO - SP Fone: (0) 0800-1520200 sac@masterhigimed.com.br		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.077.028 SÉRIE 1 Página 1 / 1		 CHAVE DE ACESSO 3522 1111 7309 3500 0140 5500 1000 0770 2811 0171 1307 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada										
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DESTINADA NAO CONTRIB			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135221553385097 - 10/11/2022 17:13:39											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 131.774.268.113		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO 11.730.935/0001-40												
DESTINATÁRIO/REMETENTE														
NOME RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (00266)				CNPJ/CPF 60.922.168/0053-07	DATA DA EMISSÃO 10/11/2022									
ENDEREÇO R VIDAL RAMOS, 215			BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 88701-160	DATA DA SAÍDA/ENTRADA 10/11/2022									
MUNICÍPIO TUBARAO		FONE/FAX (11)30164292	UF SC	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	HORA DE SAÍDA 17:11:33									
FATURA NUM.: 77028-1-01 / DAT VENC.: 15/12/2022 / VALOR.: 16.508,88														
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 16.508,88		VALOR DO ICMS 1.981,07		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 16.508,88										
VALOR APROX. TRIBUTOS 3.075,20		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 16.508,88										
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS														
RAZÃO SOCIAL CARRO PROPRIO MATRIZ			FRETE POR CONTA DO REMETENTE (CIF)	CÓDIGO ANTI PLACA DO VEICULO	UF SP									
ENDEREÇO RUA EDMUNDO CARVALHO, 777			MUNICÍPIO SAO PAULO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 131.774.268.113									
QUANTIDADE 257	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 124,500	PESO LÍQUIDO 124,500									
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	C-ET	CFOP	UM	QUANTIDADE	V. UNITARIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	APROX. TRIB.
020132	PAPEL TOALHA BOBINA FOLHA SIMPLES (BT) 6X20X200 - Lote: NA Validade: 31/12/2099 - Marca: MASTER HIGIMED	48182000	000	6108	FD	120	81,4200	9.770,40	9.770,40	1.172,45	0,00	12,00	0,00	2.076,21
250061	SABONETE ESPUMA PLUS ERVA DOCE 800ML F/VALV FIXA - Lote: 2209015 Validade: 09/09/2024 - Marca: TRILHA - Ref: E-800EDEF	34013000	000	6108	UN	48	13,7200	658,56	658,56	79,03	0,00	12,00	0,00	139,95
250061	SABONETE ESPUMA PLUS ERVA DOCE 800ML F/VALV FIXA - Lote: 2210006 Validade: 01/10/2024 - Marca: TRILHA - Ref: E-800EDEF	34013000	000	6108	UN	102	13,7200	1.399,44	1.399,44	167,93	0,00	12,00	0,00	297,38
014975	PAPEL HIGIENICO FOLHA SIMPLES BOLA 1001 (TP) 8X300 - Lote: NA Validade: 31/12/2099 - Marca: MASTER HIGIMED	48181000	000	6108	FD	112	41,7900	4.680,48	4.680,48	561,06	0,00	12,00	0,00	561,06
CÁLCULO DO ISSQN														
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN										
DADOS ADICIONAIS														
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Pedido: 24830 - Pedido Cliente: 487444 - Vendedor: 00073 - - Data de Entrega: 15/11/2022 - - EC 87/15 - ICMS UF Destino (100%) R\$825,44 - ICMS UF ORIGEM (0%) R\$0,00. Val Aprox Tributos R\$ 3.075,20 (18,53%)														
ENTREGA: R VIDAL RAMOS, 215 - Bairro: CENTRO Cidade: TUBARAO - SC - 88701-160														
<div style="text-align: right;"> <p>MERCADORIA RECEBIDA</p> <p>ENTRADA Em <u>14/11/2022</u></p> <p>Assinatura</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>CERTIFICO que o MATERIAL constante deste documento foi RECEBIDO e aceito PRESTADO</p> <p>Em <u>14/11/2022</u></p> <p><u>Bismery O. M. Silva</u></p> <p>ASSINATURA</p> </div>														



Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 02719.031003 00005.372172 7 92000001650888		Comprovante de Entrega
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 15/12/2022
Beneficiário MASTER HIGIMED COM DE PRODUTO DE HIGIENIZACAO CNPJ: 11.730.935/0001-40 ENDEREÇO: R M.M.D.C. 1085					Agência/Código Beneficiário 3131-3/ 040043-2
Data do Documento 10/11/2022	Número do Documento 77028/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 10/11/2022	Nosso Número 2719031000005372
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 16.508,88
Mctivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)					
<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não existe n. indicado <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Outros (Anotar no verso)					
Pagador ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA R VIDAL RAMOS, 215 88701-160 CENTRO TUBARAO SC				CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 60.922.168/0053-07 Código de Baixa 2719031000005372	
PAGADOR/AVALISTA: MASTER HIGIMED COM PROD HIG HOSPITALARES LTDA - R EDMUNDO CARVALHO, 777 - - 04251-000 -					
Recebi(emos) o bloquete	Data	Assinatura	Data		
Autenticação mecânica					

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 02719.031003 00005.372172 7 92000001650888		Recibo do Pagador
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 15/12/2022
Beneficiário MASTER HIGIMED COM DE PRODUTO DE HIGIENIZACAO CNPJ: 11.730.935/0001-40 ENDEREÇO: R M.M.D.C. 1085					Agência/Código Beneficiário 3131-3/ 040043-2
Data do Documento 10/11/2022	Número do Documento 77028/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 10/11/2022	Nosso Número 2719031000005372
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 16.508,88
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.)					
COBRAR MULTA DE R\$ 330,18 POR ATRASO DE PAGTO APOS VENCIMENTO VALOR PERMANENCIA DIARIO R\$ 55,03					
(-) Desconto/Abatimento					
(+/-) Mora/Multa					
(-) Valor Cobrado					
Pagador ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA R VIDAL RAMOS, 215 88701-160 CENTRO TUBARAO SC				CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 60.922.168/0053-07 Código de Baixa 2719031000005372	
PAGADOR/AVALISTA: MASTER HIGIMED COM PROD HIG HOSPITALARES LTDA - R EDMUNDO CARVALHO, 777 - - 04251-000 - VILA NATALIA - SAO PAULO - SP					
Autenticação mecânica					

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 02719.031003 00005.372172 7 92000001650888		Recibo do Pagador
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 15/12/2022
Beneficiário MASTER HIGIMED COM DE PRODUTO DE HIGIENIZACAO CNPJ: 11.730.935/0001-40 ENDEREÇO: R M.M.D.C. 1085					Agência/Código Beneficiário 3131-3/ 040043-2
Data do Documento 10/11/2022	Número do Documento 77028/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 10/11/2022	Nosso Número 2719031000005372
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 16.508,88
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.)					
COBRAR MULTA DE R\$ 330,18 POR ATRASO DE PAGTO APOS VENCIMENTO VALOR PERMANENCIA DIARIO R\$ 55,03					
(-) Desconto/Abatimento					
(+/-) Mora/Multa					
(-) Valor Cobrado					
Pagador ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA R VIDAL RAMOS, 215 88701-160 CENTRO TUBARAO SC				CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 60.922.168/0053-07 Código de Baixa 2719031000005372	
PAGADOR/AVALISTA: MASTER HIGIMED COM PROD HIG HOSPITALARES LTDA - R EDMUNDO CARVALHO, 777 - - 04251-000 -					
Autenticação mecânica - Ficha de Compensação					





Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000



Emissão de comprovantes - Autorizável

G3372208472534011
22/11/2022 09:05:52

22/11/2022 - BANCO DO BRASIL - 09:05:49
191101911 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO C S CATARINA
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.995-8

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090271903100300005372172792000001650888

BENEFICIARIO:
MASTER H C P H H LTDA
NOME FANTASIA:
MASTER HIGIMED COML. PRODUTOS HIGIE
CNPJ: 11.730.935/0001-40
PAGADOR:
ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CAT
CNPJ: 60.922.168/0053-07

=====

NR. DOCUMENTO	112.201
NOSSO NUMERO	27190310000005372
CONVENIO	02719031
DATA DE VENCIMENTO	15/12/2022
DATA DO PAGAMENTO	22/11/2022
VALOR DO DOCUMENTO	16.508,88
VALOR COBRADO	16.508,88

=====

NR. AUTENTICACAO E.233.F55.BB4.D6A.AF8
=====

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.



**HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA CONCEIÇÃO**
REDE SANTA CATARINA

Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000

Página 1 de 1

Recebemos de PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES L os produtos da nota fiscal/duplicata indicada ao lado		NF-e No. 267407 Série 1
Data do Recebimento	Identificação e Assinatura do recebedor	

EMITENTE PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HO Rua Joao Amaral de Almeida 100 Cie 81.170-520 CURITIBA PR Fone/Fax: (41)3165-7900 / (41)3165-7900 CNPJ 81.706.251/0001-98 Inscrição Estadual 101.76046-40 Insc. Estadual Sub.Tributario 252789083	DANFE Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica 1-Saída <input type="checkbox"/> 2-Entrada <input checked="" type="checkbox"/> No. 267407 Série 1	
	Chave de Acesso 4122.1181.7062.5100.0198.5500.1000.2674.0710.0349.4330 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	

Natureza Operação: Venda a Prazo - Consumidor Final	Protocolo de autorização de uso 141220267370164
Inscrição Estadual: 101.76046-40	Inscr. Estadual do subst. Tribut.: 252789083
CNPJ: 81.706.251/0001-98	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 60.922.168/0053-07	Data Emissão 08/11/2022
Razão Social HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO		Bairro Distrito CENTRO	Data Entrada/Saída
Endereço RUA VIDAL RAMOS, 215		CEP 88.701-160	Hora de Entrada/Saída
Município TUBARAO	Fone/Fax (11)5465-6429	UF SC	Inscrição Estadual ISENTO

FATURA / DUPLICATA	
267407-A	
08/11/2022	
4.613,00	

DADOS DO PEDIDO	DADOS BANCÁRIOS
Número 278427	Boleto Bancário BRADESCO Ag: 09261 C/C: 144795-5

CÁLCULO DO IMPOSTO				
Base de Cálculo do ICMS 4.615,00	Valor do ICMS 553,80	Base de Cálculo do ICMS Substituição 0,00	Valor do ICMS Substituição 0,00	Valor Total dos Produtos 4.615,00
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 aprox de Tributos 1.451,42	Valor Total da Nota 4.615,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS		Frete por Conta (0-Remetente (CIF))	Código ANTT	Placa do Veículo	UF:	CNPJ / CPF 04.169.737/0013-27
Razão Social MULTISCV TRANSPORTES EIRELI		Município CURITIBA	UF: PR	Inscrição Estadual 90823710-25		
Endereço R EDVINO ANTONIO DEBONI		Quantidade / Volumes 3	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg) 28,000	Peso Líquido (Kg) 28,000
		Quantidade / Volumes 3	Especie	Marca	Cubagem Total #####	

ENDEREÇO DE ENTREGA		Referência PROXIMO SUPERMERCAL	Bairro Distrito CENTRO	CEP 88.701-160
Endereço RUA VIDAL RAMOS, 215		UF: SC		
Município TUBARAO				

Cód	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtdade	Vlr. Unitario Bruto	Vlr. Unitario Líquido	Vlr. Total	BC/ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
4630	CETOPROFENO ARTRINID 100MG IV FR/A U. QUIMICA (CX C/50FR/A) Lote: 2225201 30/06/2024 Fabr.: Cod.Fabr.: 1000053 Reg. MS: 1049700040097 Cod.EAN13: 7896006252160 Decr: 20 LNeg Tab. Antox.R5: 620.72 Federal e 830.70 Estadual Fonte:IBPT	30049029	0 00	6108	FR/A	1.300	3,55000	3,55000	4.615,00	4.615,00	553,80	0,00	0	12,00

ENTRADA

RECEBIDA
Em 11/11/2022
Simone S.M. Gilma
ASSINATURA

DADOS ADICIONAIS Informações complementares ORD. COMPRA: 487059 // ANEXAR BOLETO Decretos: 16 ICMS recolhido por Substituição Tributária cfme. art 100 § 1º Seção XXII Dec 6080/2012 Obs. Fiscal: Vlr. ICMS FCP: R\$ 0,00 Vlr. Diferencial de ICMS Destino: R\$ 230,75 Vlr. Diferencial de ICMS Origem: R\$ 0,00 Inscr. de Contribuinte EC 87/SC: 252789083	Reservado ao Fisco CERTIFICO que o MATERIAL constante deste documento foi RECEBIDO e aceito PRESTADO Em 11/11/2022 Simone S.M. Gilma ASSINATURA
---	--



Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000



Recibo do Pagador

Beneficiário PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA Rua Joao Amaral de Almeida, 100 CURITIBA-PR				
* CNPJ: 81.706.251/0001-98			Vencimento 08/12/2022	Valor do Documento 4.615,00
(-) Descontos/Abatimentos	(-) Outras Deduções	(+) Mora/Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor Cobrado
Data de emissão 08/11/2022	Agência/Código do Beneficiário 0926-1 / 144795-5	Carteira / Nosso Número 9 / 00000024859-5		

Dados do Pagador

Nome do Pagador HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO CNPJ: 60.922.168/0053-07		No. do Documento 267407-A	
Endereço RUA VIDAL RAMOS,, 215		Bairro / Distrito CENTRO	
Município TUBARAO	UF SC	CEP 88.701-160	

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



| 237 - 2 | 23790.92600 90000.002486 59014.479501 1 91930000461500

Local de Pagamento: Pagável preferencialmente na rede Bradesco ou Bradesco Expresso					Vencimento 08/12/2022
Beneficiário PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS HOSPITALARES LTDA					Agência/Código do Beneficiário 0926-1 / 144795-5
Data do Documento: 08/11/2022	No. do Documento 267407-A	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 08/11/2022	Carteira / Nosso Número 9 / 00000024859-5
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 4.615,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após vencimento cobrar mora diária de R\$ 9,23 Protestar após 10 dia(s) do vencimento.					(-) Descontos/Abatimentos
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
Pagador : HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO CNPJ: 60.922.168/0053-07					(=) Valor Cobrado
RUA VIDAL RAMOS,, 215		CEP: 88.701-160		TUBARAO - SC	
Beneficiário final					

Autenticação Mecânica - Ficha de compensação





Rua Vidal Ramos, 215
Centro
Tubarão - SC
CEP 88701-160
Tel: (48) 3631-7000

22/11/2022 - BANCO DO BRASIL - 09:05:49
191101911 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO C S CATARINA
AGENCIA: 1911-9 CONTA: 8.995-8
=====

BCO BRADESCO S.A.

23790926009000000248659014479501191930000461500

BENEFICIARIO:

PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS

NOME FANTASIA:

PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS

CNPJ: 81.706.251/0001-98

BENEFICIARIO FINAL:

PROMEFARMA MEDICAMENTOS E PRODUTOS

CNPJ: 81.706.251/0001-98

PAGADOR:

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

CNPJ: 60.922.168/0053-07
=====

NR. DOCUMENTO	112.202
DATA DE VENCIMENTO	08/12/2022
DATA DO PAGAMENTO	22/11/2022
VALOR DO DOCUMENTO	4.615,00
VALOR COBRADO	4.615,00

NR. AUTENTICACAO F.AAC.53C.F6D.826.F00
=====

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.

Transação efetuada com sucesso por: JA215772 MARILU VARGAS FERNANDES.

RELATÓRIOS DE ATENDIMENTO**Outubro**

Município IBGE		Valores				
		QT	Filme	C.Op.	Honor	Total
Total	Abdon Batista	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Ararangua	105	0,00	941,54	0,00	941,54
Total	Araucaria	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Armazem	365	0,00	5.418,44	0,00	5.418,44
Total	Balneário Arroio Do Silva	19	0,00	169,20	0,00	169,20
Total	Balneário Camboriu	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Balneário Gaivota	23	0,00	411,20	0,00	411,20
Total	Balneário Rincao	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Barra Velha	16	0,00	82,81	0,00	82,81
Total	Belo Horizonte	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Blumenau	3	0,00	26,28	0,00	26,28
Total	Bombinhas	5	0,00	37,92	0,00	37,92
Total	Braco Do Norte	846	0,00	17.460,93	0,00	17.460,93
Total	Brusque	1	0,00	11,00	0,00	11,00
Total	Camboriu	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Campinas	2	0,00	18,80	0,00	18,80
Total	Canela	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Canoas	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Capivari De Baixo	2.745	0,00	35.475,59	0,00	35.475,59
Total	Caxias Do Sul	1	0,00	11,00	0,00	11,00
Total	Chapeco	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Cocal Do Sul	4	0,00	41,00	0,00	41,00
Total	Criciuma	24	0,00	180,16	0,00	180,16
Total	Diadema	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Embu	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Ermo	3	0,00	27,77	0,00	27,77
Total	Florianopolis	30	0,00	235,26	0,00	235,26
Total	Forquilha	3	0,00	30,00	0,00	30,00
Total	Francisco Beltrao	11	0,00	50,39	0,00	50,39
Total	Garopaba	146	0,00	1.830,26	0,00	1.830,26
Total	Grao Para	290	0,00	7.678,75	0,00	7.678,75
Total	Gravatal	721	0,00	11.477,17	0,00	11.477,17
Total	Icara	19	0,00	289,77	0,00	289,77
Total	Imarui	389	0,00	7.103,42	0,00	7.103,42
Total	Imbituba	1.677	0,00	31.048,00	0,00	31.048,00
Total	Indaial	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Irara	1	0,00	25,00	0,00	25,00
Total	Itajai	3	0,00	19,03	0,00	19,03
Total	Ituporanga	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Jacinto Machado	10	0,00	93,42	0,00	93,42
Total	Jaguaruna	967	0,00	15.852,00	0,00	15.852,00
Total	Joinville	3	0,00	22,63	0,00	22,63
Total	Laguna	1.802	0,00	43.128,60	0,00	43.128,60
Total	Lauro Muller	10	0,00	76,83	0,00	76,83
Total	Maracaja	13	0,00	112,22	0,00	112,22
Total	Maua	9	0,00	55,84	0,00	55,84
Total	Meleiro	8	0,00	74,55	0,00	74,55
Total	Morro Da Fumaca	27	0,00	211,59	0,00	211,59
Total	Morro Grande	5	0,00	45,72	0,00	45,72
Total	Nova Trento	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Nova Veneza	1	0,00	10,00	0,00	10,00

Município IBGE		Valores				
		QT	Filme	C.Op.	Honor	Total
Total	Orleans	40	0,00	295,11	0,00	295,11
Total	Palhoca	3	0,00	32,00	0,00	32,00
Total	Passo De Torres	9	0,00	79,80	0,00	79,80
Total	Pedras Grandes	323	0,00	3.987,39	0,00	3.987,39
Total	Pelotas	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Pescaria Brava	704	0,00	9.195,90	0,00	9.195,90
Total	Porto Alegre	7	0,00	49,84	0,00	49,84
Total	Praia Grande	5	0,00	46,71	0,00	46,71
Total	Rio Fortuna	206	0,00	3.706,71	0,00	3.706,71
Total	Rio Grande	1	0,00	11,00	0,00	11,00
Total	Sangao	608	0,00	6.449,09	0,00	6.449,09
Total	Santa Rosa De Lima	47	0,00	1.016,61	0,00	1.016,61
Total	Santa Rosa Do Sul	3	0,00	31,00	0,00	31,00
Total	Santo Amaro Da Imperatriz	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Sao Joao Do Sul	8	0,00	75,17	0,00	75,17
Total	Sao Ludgero	346	0,00	7.675,95	0,00	7.675,95
Total	Sao Martinho	168	0,00	3.391,60	0,00	3.391,60
Total	Sao Paulo	2	0,00	11,63	0,00	11,63
Total	Sombrio	43	0,00	660,24	0,00	660,24
Total	Tijucas	5	0,00	37,91	0,00	37,91
Total	Timbe Do Sul	2	0,00	20,00	0,00	20,00
Total	Torres	1	0,00	10,00	0,00	10,00
Total	Treze De Maio	208	0,00	4.727,72	0,00	4.727,72
Total	Tubarao	12.272	0,00	149.026,98	0,00	149.026,98
Total	Turvo	20	0,00	406,27	0,00	406,27
Total	Urussanga	7	0,00	152,26	0,00	152,26
Total Geral		25.370	0,00	371.055,65	0,00	371.055,65

Dt ref protocolo: 31/10/2022
Convênio=SUS - HNSC

Dt ref protocolo: 31/10/2022

Tipo Exame		Valores				
		QT	Filme	C.Op.	Honor	Total
Total	Cardiotocografia	14	0,00	23,66	0,00	23,66
Total	Cirurgico	6	0,00	168,27	0,00	168,27
Total	Clínico	958	0,00	8.078,60	0,00	8.078,60
Total	Ecocardiografia	4	0,00	271,44	0,00	271,44
Total	Eletrocardiografia	30	0,00	154,50	0,00	154,50
Total	Endoscopia	1	0,00	48,16	0,00	48,16
Total	Hemoterapia	6	0,00	84,34	0,00	84,34
Total	Laboratório	1.277	0,00	7.723,66	0,00	7.723,66
Total	Medicina nuclear	7	0,00	1.696,88	0,00	1.696,88
Total	Não definido	5	0,00	91,38	0,00	91,38
Total	Radiografia	238	0,00	2.031,59	0,00	2.031,59
Total	Ressonância Magnética	11	0,00	2.956,25	0,00	2.956,25
Total	Tomografia computadorizada	65	0,00	8.191,01	0,00	8.191,01
Total	Ultra-Sonografia	123	0,00	3.955,85	0,00	3.955,85
Total Geral		2.745	0,00	35.475,59	0,00	35.475,59

Dt ref protocolo: 31/10/2022
Município IBGE=CAPIVARI
Município IBGE=CAPIVARI DE BAIXO
Município IBGE=CAPIVARI DO SUL

Dt ref protocolo: 31/10/2022

Certificado de conclusão

ID de envelope: 7D1CEA60E58442EF81B13B410194BEF6

Estado: Concluído

Assunto: Prestação de Contas - PM Capivari de Baixo Custeio - 11ª parcela

Envelope de origem:

Página do documento: 15

Assinaturas: 6

Certificar páginas: 5

Iniciais: 0

Assinatura guiada: Ativada

Selo do ID do envelope: Ativada

Fuso horário: (UTC-08:00) Hora do Pacífico (EUA e Canadá)

Autor do envelope:

SIMONE DE OLIVEIRA MACHADO DA SILVA

Rua Cincinato Braga, 144 – Bela Vista.

SP, SP 01333-010.

simone.msilva@hns.org.br

Endereço IP: 189.22.68.114

Controlo de registos

Estado: Original

22/11/2022 15:36:14

Titular: SIMONE DE OLIVEIRA MACHADO DA

SILVA

simone.msilva@hns.org.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário

Diego Betio Moresco

diego.moresco@redesc.org.br

GERENTE ADMINISTRATIVO

HNSC-SUL

Nível de segurança: Correio eletrónico, Autenticação de conta (Nenhuma)

Assinatura

DocuSigned by:

 2A0F9351B2334A8...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Utilizar o endereço IP: 200.225.223.209

Carimbo de data/hora

Enviado: 22/11/2022 15:41:38

Visualizado: 22/11/2022 16:16:33

Assinado: 22/11/2022 16:16:40

Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos:


Não disponível através do DocuSign

Arlindo Gonçalves Marrão Junior

arlindo.marrao@redesc.org.br

Gerente Corporativo Contábil

Nível de segurança: Correio eletrónico, Autenticação de conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

 75C8FEB43DD84F9...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Utilizar o endereço IP: 189.69.30.219

Enviado: 22/11/2022 16:16:46

Visualizado: 22/11/2022 16:28:22

Assinado: 22/11/2022 16:28:33

Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos:

Aceite: 22/11/2022 16:28:22


ID: 8a54436b-8998-4be2-9047-b199dbcdac00

Fabio Tadeo Teixeira

fabio.teixeira@redesc.org.br

Diretor Executivo

Nível de segurança: Correio eletrónico, Autenticação de conta (Nenhuma)

DocuSigned by:

 A08276BB879343C...

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Utilizar o endereço IP: 200.225.223.209

Enviado: 22/11/2022 16:28:38

Visualizado: 22/11/2022 16:37:30

Assinado: 22/11/2022 16:37:47

Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos:

Aceite: 22/11/2022 16:37:30

ID: c649f89f-de0d-430c-99be-4b63490e7454

Eventos de signatário presencial**Assinatura****Carimbo de data/hora****Eventos de entrega do editor****Estado****Carimbo de data/hora****Eventos de entrega do agente****Estado****Carimbo de data/hora****Evento de entrega do intermediário****Estado****Carimbo de data/hora**

Eventos de entrega certificada	Estado	Carimbo de data/hora
Eventos de cópia	Estado	Carimbo de data/hora
Eventos relacionados com a testemunha	Assinatura	Carimbo de data/hora
Eventos de notário	Assinatura	Carimbo de data/hora
Eventos de resumo de envelope	Estado	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptado	22/11/2022 15:41:38
Entrega certificada	Segurança verificada	22/11/2022 16:37:30
Processo de assinatura concluído	Segurança verificada	22/11/2022 16:37:47
Concluído	Segurança verificada	22/11/2022 16:37:47
Eventos de pagamento	Estado	Carimbo de data/hora
Aviso legal de registos e assinaturas eletrónicos		

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, Associacao Congregacao de Santa Catarina. (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact Associacao Congregacao de Santa Catarina.:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: hugo.oliveira@acsc.org.br

To advise Associacao Congregacao de Santa Catarina. of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at hugo.oliveira@acsc.org.br and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from Associacao Congregacao de Santa Catarina.

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to hugo.oliveira@acsc.org.br and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with Associacao Congregacao de Santa Catarina.

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;

ii. send us an email to hugo.oliveira@acsc.org.br and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’, you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify Associacao Congregacao de Santa Catarina. as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by Associacao Congregacao de Santa Catarina. during the course of your relationship with Associacao Congregacao de Santa Catarina..