

CONVÊNIO Nº 080/2025/SMS.G.SERMAP

PROCESSO SEI: 6018.2025/0133157-7

CONVENENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS


CONVENIADA: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO - INSTITUTO JÔ CLEMENTE

OBJETO DO CONVÊNIO: Repasse de recurso financeiro oriundo de **EMENDA PARLAMENTAR FEDERAL**, que irá contemplar o repasse de recurso de ITMAC para as entidades privadas, sem fins lucrativos que mantêm Convênios ou Contratos SUS ou parcerias com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

DOTAÇÃO: 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00.02.1.600.1823.1.

NOTA DE EMPENHO: Nº 162818/2025.

O **MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**. Por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**, com sede na rua Dr. Siqueira Campos, nº 172 - 10º andar - Liberdade - CEP: 01509-020 - São Paulo - SP, inscrita no **C.N.P.J.** sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por seu Secretário **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, doravante designada simplesmente por **CONVENENTE** e a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO - INSTITUTO JÔ CLEMENTE**, entidade civil, sem fins lucrativos com sede na Rua Loefgreen, Nº 2109 - Vila Clementino, CEP: 04040-033 - São Paulo - SP, inscrita no CNPJ sob o nº 60.502.242/0001-05, CNES nº 2091593, com seu Estatuto Social registrado no 4º Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Títulos e Documentos, com registro no Conselho Regional de Medicina - CREMESP sob o nº 903747, neste ato, representado por **HAILTON OLIVEIRA MENDES JUNIOR**, adiante, designada como **CONVENIADA** e, considerando que a entidade foi **CONTRATADA** a prestar assistência à saúde de forma complementar ao **SUS** por meio do **CONTRATO Nº 007/SMS/2023**, resolvem celebrar o presente Convênio, consoante ao Despacho Autorizatório, exarado em SEI 148021077, publicado no **DOC/SP de 17/12/2025, página nº 136**, consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo:



CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente ajuste tem por objeto, a concretização do repasse de recurso financeiro oriundo de **EMENDA PARLAMENTAR FEDERAL**, no valor total de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais)**, estabelecido por meio da **PORTARIA GM/MS Nº 7.360, DE 30 DE JUNHO DE 2025**, que se refere à aplicação das emendas parlamentares para **INCREMENTO TEMPORÁRIO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC) / AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE**.

PRESTADOR	CNES	PORTARIA MS	CÓD. EMENDAS	PARLAMENTAR	VALOR (R\$)
APAE - JÔ CLEMENTE	2091593	PORTARIA GM/MS Nº 7.360, DE 30 DE JUNHO DE 2025	41550002	Kim Kataguiri	400.000,00

CLÁUSULA SEGUNDA – DA UTILIZAÇÃO DO RECURSO

A **CONVENIADA** utilizará o recurso no valor total de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais)** para custeio de insumos para Exames de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), destinados ao atendimento da população SUS, conforme detalhado no Quadro II do **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO**.

Parágrafo Primeiro: Conforme consta na **Portaria Nº 152/2020-SMS.G**, publicada no **DOC/SP no dia 28/03/2020, página nº 65**, os recursos das Emendas Parlamentares, serão repassados na conta mãe da **CONVENIADA**, e após o recebimento do respectivo valor a **CONVENIADA** providenciará a transferência do recurso para conta específica no Banco do Brasil.

Parágrafo Segundo: O recurso deve ser aplicado em aplicações de renda fixa lastreados em títulos do tesouro até a sua aplicação e utilização final.

Parágrafo Terceiro: É expressamente proibido o pagamento de pessoal, encargos sociais, gratificações, assessorias, aquisição de equipamentos e/ou material permanente, obras novas, ampliações, reformas de setores administrativos e intermediários, taxas, tarifas bancárias (Negociar com o Banco a Isenção). Na impossibilidade, a **CONVENIADA** deverá ao final de cada mês, depositar na conta com recursos próprios os valores debitados na conta sob a pena de glosa e atualização da mesma, multas, juros, taxas administrativas como: água, luz, telefone, internet, limpeza, segurança, alimentação, e demais despesas correlatas e despesas de atividades meio e/ou intermediárias.

Parágrafo Quarto: A utilização do recurso só poderá ser efetuada enquanto vigente esse Convênio e enquanto a **CONVENIADA** estiver atrelada ao SUS Municipal. Finda a vigência o recurso não utilizado deverá ser devolvido à **CONVENIENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

hamj 

Parágrafo primeiro. A **CONVENIADA** deverá utilizar a totalidade do recurso repassado de acordo com o **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** e Nota de Liquidação do Pagamento, no prazo previsto a partir do recebimento do valor.

Parágrafo segundo. A prestação de contas pela **CONVENIADA**, após a utilização do recurso, deverá ser efetuada por meio da apresentação de relatório contendo as informações referentes aos gastos, notas fiscais ou outros documentos comprobatórios, bem como dos valores resultantes da aplicação do recurso em renda fixa, conforme consta na Portaria Nº 152/2020-SMS.G, publicada no DOC/SP no dia 28/03/2020, página nº 65, **ANEXO V – PRESTAÇÃO DE CONTAS.**

Parágrafo terceiro. O **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** poderá ser reavaliado a qualquer tempo, desde que, devidamente acordado entre as Partes, devendo ser encartado no respectivo processo de Convênio.

Parágrafo quarto. O não cumprimento das metas estabelecidas e a execução da utilização do recurso em desacordo com as normas legais estabelecidas ensejará na glosa parcial ou total do recurso e a consequente devolução do mesmo ao Fundo Municipal de Saúde, devidamente atualizado.

Parágrafo quinto. A devolução de saldo de recurso e/ou devolução de tarifa e saldo de aplicações financeiras não utilizadas dentro do prazo legal pactuado, ou de valores glosados, deverão ser realizadas na **Conta nº 22.339-5, da Agência 1897-X do Banco do Brasil.**

Parágrafo sexto. Após o fim da vigência do respectivo Convênio, a **CONVENIADA** deverá prestar contas no **prazo de 30 dias úteis.**

CLÁUSULA QUARTA - DA REGULAMENTAÇÃO

Parágrafo primeiro. O recurso será aplicado para custeio de insumos para Exames de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho), para a população do Município.

Parágrafo segundo. A **PROGRAMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO** foi analisada e aprovada pela Comissão de Trabalho constituída conforme consta na **Portaria 274/2025-SMS/GAB, que altera a redação do art. 4º, da Portaria nº 152/2020**, específica para o assunto, considerando o objetivo de melhorar o atendimento à população incrementando a ampliação do custeio proporcionando a redução de filas de atendimento e/ou aumento da oferta de serviços complementares aos contratos e ajustes existentes, devidamente explicitadas nas metas pactuadas.

homj



CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

Parágrafo primeiro. A eventual mudança de endereço do estabelecimento da **CONVENIADA** será imediatamente comunicada à **CONVENIENTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços em outros endereços.

Parágrafo segundo. A **CONVENIADA** deverá notificar a **CONVENIENTE** de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos registrados junto à JUCESP (Junta Comercial do Estado de São Paulo) e com a devida atualização do CNPJ.

CLÁUSULA SEXTA - DO PREÇO, RECURSO ORÇAMENTÁRIO E DA DOTACÃO

O recurso proveniente da EMENDA PARLAMENTAR, FONTE 02, que perfaz o valor total de **R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais)**, será repassado à **CONVENIADA** em **parcela única**.

Parágrafo primeiro. O pagamento do recurso e a prestação de contas serão tratados em processo SEI apartado.

Parágrafo segundo. A despesa decorrente deste convênio correrá, no presente exercício a conta da dotação nº 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00.02.1.600.1823.1.

Parágrafo terceiro. Ultrapassado o valor do recurso, o valor excedente correrá por conta da Conveniada.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente convênio será de **12 (doze) meses e terá por termo inicial a data de recebimento do recurso definida nas NOTA DE LIQUIDAÇÃO DO PAGAMENTO**, conforme constou no **PROGRAMA DE UTILIZAÇÃO DO RECURSO**.

Parágrafo único. Por qualquer eventualidade justificada e em comum acordo entre as partes, essa vigência poderá ser prorrogada, por iguais períodos até o limite do **Contrato Nº 007/SMS.G/2023**.

CLÁUSULA OITAVA - DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente Convênio será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

homj 

O presente convênio será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.


CLÁUSULA DÉCIMA - DO FORO

As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente convênio que não puderem ser resolvidas pela própria CONVENENTE ou pelo Conselho Municipal de Saúde. E por estarem às partes justas e conveniadas, firmam o presente convênio em 01 (uma) via e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, 22 de dezembro de 2.025.



LUIZ CARLOS ZAMARCO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**HAILTON OLIVEIRA
MENDES
JUNIOR:** [REDACTED]

Assinado de forma digital por
HAILTON OLIVEIRA MENDES
JUNIOR: [REDACTED]
Dados: 2025.12.22 11:18:17
-03'00'

HAILTON OLIVEIRA MENDES JUNIOR
**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO -
INSTITUTO JÔ CLEMENTE**

TESTEMUNHAS:



Benedito Accacio Borges Netto
CPF: [REDACTED]
RG: [REDACTED]

PROGRAMAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE RECURSO EMENDA FEDERAL

1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

- NOME: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo
- CNPJ: 60.502.242/0001-05
- ENDEREÇO: Rua Loefgren, 2109 – Vila Clementino – São Paulo/SP
- CEP: 04040-030
- CNES: 2091593

2 - REPRESENTANTE LEGAL:

- NOME: Hailton Oliveira Mendes Júnior
- CARGO QUE OCUPA: Gerente Administrativo Financeiro
- CPF: -
- R.G.: -

3 – OBJETO

3.1 Definição do objeto:

Utilização do recurso financeiro advindo de **Emenda Parlamentar Federal n.º 41550002** apoio à manutenção de unidades de saúde (incremento MAC), destinada à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo para **custeio de insumos** para Exames de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) até o limite do valor total da referida Emenda Parlamentar, que perfaz o montante de **R\$ 400.000,00** (quatrocentos mil reais), conforme Quadro I.

Quadro I – Emenda Parlamentar destinada

Portaria MS	Código da Emenda	Valor (R\$)
PORTARIA GM/MS Nº 7360, DE 30 DE JUNHO DE 2025	41550002	400.000,00

3.2 Detalhamento do Objeto:

O recurso será utilizado para **custeio de insumos** para Exames de Triagem Neonatal/Teste do Pezinho que identificam seis doenças, voltados aos usuários do SUS e que quanto mais cedo forem identificadas, melhores são as chances de tratamento. A relação de doenças é: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita, detalhados no Quadro II, no prazo de 12 (doze) meses, até o limite do valor total da Emenda Parlamentar que soma **400.000,00** (quatrocentos mil reais).

Quadro II – Detalhamento AQUISIÇÃO DE INSUMOS

Descrição	Quantitativo	Valor Unitário	Valor Total da programação
Biolisa Toxoplasmose Igm (480 testes)- Bioclin	239	R\$ 1.680,00	R\$ 401.520,00
TOTAL DA PROGRAMAÇÃO	239		R\$ 401.520,00

Origem	Valor
Emenda	R\$ 400.000,00
O valor excedente ao recurso da emenda parlamentar ficará a cargo da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo.	R\$ 1.520,00
Total	R\$ 401.520,00

Observação:

1. Mudanças na cotação da moeda estrangeira e questões aduaneiras exercem impacto direto no valor final dos insumos.
2. Esclarecemos que a declaração da BIOCLIN que segue junto a este plano de trabalho é por exclusividade.

4 META A SER ATINGIDA

4.1 Definição da Meta

Meta A – Aquisição de 239 kits Biolisa Toxoplasmose Igm - Bioclin, insumos laboratoriais que realizarão 114.720 exames e identificarão a doença Toxoplasmose Congênita para recém-nascidos do SUS.

5 AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

A avaliação do desempenho será medida pelo relatório de aquisição dos insumos e relatório de realização dos exames dessas doenças da Triagem Neonatal/Teste do Pezinho.

6 VIGÊNCIA

A presente programação terá a vigência de 12 meses a partir do recebimento do recurso.

São Paulo, 07 de outubro de 2025.



Hailton Oliveira Mendes Junior
Gerente Administrativo Financeiro

QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA

RUA TELES DE MENEZES N.92
Bairro SANTA BRANCA, BELO
HORIZONTE, MG
Fone: (31) 03439-5454, CEP:
31565130

DANFE

Documento
Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº169.170

SÉRIE 2 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3125 1119 4007 8700 0107 5500 2000 1691 7012 2979 1226

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA P/ NAO CONTRIBUINTE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131257051288007 05/11/2025 11:07:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0622059920069

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813018276119

CNPJ
19.400.787/0001-07

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP

18901

CNPJ/CPF
60.502.242/0001-05

DATA DA EMISSÃO
05-11-2025

ENDEREÇO
RUA LOEFFGREN Nº 2109

BAIRRO/DISTRITO
VILA CLEMENTINO

CPF
04.040-033

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
05-11-2025

MUNICÍPIO
SAO PAULO

PHONE/FAX
(11) 5080-7000

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
108621088116

HORA DE SAÍDA
11:07:56

PARCELA 30/45 | BOL = 01 Venc = 05/12/2025 Valor = R\$42.000,00 | BOL = 02 Venc = 22/12/2025 Valor = R\$42.000,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 84.000,00 VALOR DO ICMS 10.080,00 BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 84.000,00

VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO 0,00 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 VALOR DO IPT 0,00 VALOR TOTAL NA NOTA 84.000,00

RAZÃO SOCIAL ACEPTE TRANSPORTE E LOGISTICA LTDA ENLITE DOB CARTA 0 - Emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF 21.384.167/0001-73

ENDEREÇO RUA FRANCISCO JOSE TEIXEIRA N. 102 MUNICÍPIO BELO HORIZONTE UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL 0024636830016

QUANTIDADE 5,00 ESPECIE MARCA NÚMERO PESO BRUTO 98,0000 Kg PESO LÍQUIDO 98,0000 Kg

CM	PROD.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS/PRODUTOS	NºF/NR	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.DESCONTO	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
K270-3		DIOLISA TONOPILASMSSE 180 BBS (480 TESTES) Lote: 29 D.Fab: 20/10/25 D.Val: 31/10/26 Val. aut. de Tributos: R\$10000,00	30221990	500	6107	MT	50,00	1.600,00	0,00	0,00	84.000,00	84.000,00	10.080,00	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00

LANÇADO
Data: 07/11/25
Assinatura: Robson

C. CUSTO: ALMOX.
C. CONTÁBIL: 225
ÁREA ATUAÇÃO: AP010
DATA: 07/11/25

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MATERIAL PERECÍVEL | SAÍDA MERCADORIAS CONFORME FTA 45.000905060 20 | DO RET 144/2012 ART.136 MG OC 16.266 - parcela Novembro e Dezembro/25 HORARIO DE ATENDIMENTO SEGUNDA A SEXTA FEIRA 8h AS 11h 13h AS 16h | Valores Totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$5040,00 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | Entrega por ordem do destinatário. Endereço Entrega: RUA TETSUAKI MISAWA, S/N - CEP: 04041030 VILA CLEMENTINO - SAO PAULO/SP | TRANSPORTE | CONFORME DC 07/2015 ICMS INTERESTADUAL PARA UF DE DESTINO: R\$ 5040,0

RESERVADO AO FISCO

05112
22/12



Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Sp
Loefgren, Nº: 2109
04040033 São Paulo SP
CNPJ 60.502.242/0001-05 I.E. 108621088116
Fone 50807000 Fax
E-mail marcelo.curtulo@ijc.org.br Bairro Vila Clementino

Ordem de Compra
Número 16.266
Data 12/09/2025 13:00
Impressão 12/09/2025 14:00
Solicitante Diego Pereira da
Mot.Cancel

Fornecedor Quibasa Quimica Basica Ltda
Endereço Teles de Menezes, 92
Fone / Fax 31 034395454
Contato Neimar Soares Barbosa

Cidade Belo Horizonte CEP 31565130 UF MG
CNPJ/CPF 19.400.787/0001-07 I.E. Bairro Santa Branca

Item	Data Entrega	Qtd	Desc. Item	Qtd	Valor Unit	Valor Total	Valor IPI	Valor Total
1	24/09/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	20,00	KT	1.680,00	0,00	33.600,00
2	10/10/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
3	07/11/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
4		59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
5	09/01/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
6	06/02/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
7	06/03/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
8	10/04/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
9	08/05/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,00	0,00	42.000,00
Outras Despesas		0,00	VI. Desc. 0,00	VI. IPI 0,00	Total 369.600,00			
			VI. Desc. 0,00		Total Geral 369.600,00			

Transportadora
Local Entrega Almoxarifado
Condição de Pgto 30/45 DDL - Boleto Bancário
Tipo Frete Cif - Frete por conta do Fornecedor
Valores em Real
Hr Entrega

Observação
Reposição de estoque Almoxarifado.
- Compra programada com fabricante de set/25 a mai/26.
- Faturamento e entrega mensais conforme Ordem de Compra.
- Fornecedor será comunicado até o dia 5 do mês anterior ao do faturamento se as quantidades programadas serão mantidas, reduzidas, aumentadas ou canceladas. Sem a obrigatoriedade de faturamento posterior.

Autorização

Compras - marcelo.curtulo

QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA
 RUA TELES DE MENEZES N.92
 Bairro SANTA BRANCA, BELO
 HORIZONTE, MG
 Fone: (31) 03439-5454, CEP:
 31565130

DANFE
 Documento
 Auxiliar da Nota
 Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA
 Nº 166.479
SÉRIE 2 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3125 0919 4007 8700 0107 5500 2000 1664 7913 9071 0946
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDA P/ NAO CONTRIBUINTE** PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **131256930652155 15/09/2025 17:32:46**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: **0622059920069** INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: **813018276119** CNPJ: **19.400.787/0001-07**

NOME/RAZÃO SOCIAL: **ASSOC DE FAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP** 18901 CNPJ/CPF: **60.502.242/0001-05** DATA DA EMISSÃO: **15-09-2025**

ENDERECO: **RUA LOEFGREN Nº 2109** BAIRRO/DISTRITO: **VILA CLEMENTINO** CEP: **04.040-033** DATA DA ENTRADA/SAÍDA: **15-09-2025**

MUNICIPIO: **SAO PAULO** FONE/FAX: **(11) 5080-7000** UF: **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **108621088116** HORA DE SAÍDA: **17:32:44**

PARCELA 30/45

BASE DE CALCULO DO ICMS: **33.600,00** VALOR DO ICMS: **4.032,00** BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: **0,00** VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: **0,00** VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: **33.600,00**

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: **33.600,00**

RAMO SOCIAL: **ESATA EXPRESS SERV. AOX TRANSP. AEREOS** FRETE POR CONTA: **0 - Emitente** CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEICULO: UF: CNPJ/CPF: **01.220.117/0001-43**

ENDERECO: **RUA MAJOR DELFINO DE PAULA N. 2598** MUNICIPIO: **BELO HORIZONTE** UF: **MG** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **0629748310050**

QUANTIDADE: **2,00** ESPECIE: MARCA: NUMERO: PESO BRUTO: **41,0000 Kg** PESO LIQUIDO: **41,0000 Kg**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SR	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITARIO	V.DESCONTO	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
X270-3	BOTILHA TOKOPKARSKOF 100 OBS (TR3 TESTES) 1 Val. aprox. tributos: 854032,50	38221990	500	6107/RT		20,00	1.680,00	0,00	0,00	33.600,00	33.600,00	4.032,00	0,00	0,00	0,00	12,00	

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: **0,00** BASE DE CALCULO DO ISSQN: **0,00** VALOR DO ISSQN: **0,00**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: **MATERIAL PERECIVEL | SAÍDA MERCADGRIAS CONFORME PTA 45.000005968-20 | DO RET 144/2012 -ART.136 MG
 HORARIO DE ATENDIMENTO SEGUNDA A SEXTA FEIRA 0h AS 11h 13h AS 16h OC 16.266 - 3ET/25 LOCAL ENTREGA: PONTAO 3
 ALMOXARIFADO RUA TETSUAKI MIZAWA, S/N VILA CLEMENTINO, SP - CEP 04041-030. OBS: TOCAR O INTERFONE. CASO NAO ATENDA LIGAR
 5080-7014 OU 99902-5724. HORARIO: 08 AS 11HS E DAS 13 AS 16HS Nro do Alvara: 355030801-864-0 Vencimento Alvara:
 14/10/2025 | Valores Federais de ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$2016,30 - ECF R\$0,00; DIFAL da UF Origem:
 R\$0,00. | Entrega por ordem do destinatário. endereço Entrega: RUA TETSUAKI MIZAWA, S/N RUA SEM SAÍDA. LADO LAVARAPIDO -
 CEP: 04041030 VILA CLEMENTINO - SAO PAULO/SP | TRANSP TERRESTRE | CONFORME EC 87/2015 - ICMS INTERESTADUAL PARA UF DE
 DESTINO: R\$ 2016,0**

RESERVADO AO FISCO

LANÇADO
Data: <u>22, 09, 25</u>
Assinatura: <u>[assinatura]</u>

C. CUSTO: <u>Almox</u>
C. CONTÁBIL: <u>1115</u>
ÁREA ATUAÇÃO: <u>AFIO</u>
DATA: <u>22, 09, 25</u>



BANCO SANTANDER

| 033-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA 19.400.787/0001-07					RUA TELES DE MENEZES,92 SANTA BRANCA - BELO HORIZONTE		Vencimento: 15/10/2025
Data do Documento 15/09/2025					Número do Documento 166479 - 1		Agência/Código Benef. 3893 / 7003668
Esp.Doc. DM					Aceit N		Nosso Número 00000061482-3
Data Processamento 15/09/2025					Uso do Banco		(=) Valor do Documento 16.800,00
Carteira 101					Espécie R\$		(-) Desconto/Abatimento
Quantidade					Valor		(+) Mora/Multa
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) JUROS POR DIA DE ATRASO R\$ R\$ 33,60 NAO DISPENSAR JUROS DE MORA ATENÇÃO: NÃO SERÃO RECONHECIDOS PELO NOSSO SISTEMA QUALQUER PAGAMENTO VIA DOC, TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA, DEPÓSITO SIMPLES/IDENTIFICADO.							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP RUA LOEFGREN,2109 04.040-033-SAO PAULO-SP							Autenticação Mecânica



| 033-7 |

03399.70030 66800.000003 61482.301019 7 12350001680000

Local do Pagamento: Pagável preferencialmente no Banco do Santander.					Vencimento: 15/10/2025		
Beneficiário QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA					RUA TELES DE MENEZES,92 SANTA BRANCA - BELO HORIZONTE		Agência/Código Benef. 3893 / 7003668
Data do Documento 15/09/2025					Número do Documento 166479 - 1		Nosso Número 00000061482-3
Esp.Doc. DM					Aceit N		(=) Valor do Documento 16.800,00
Data Processamento 15/09/2025					Uso do Banco		(-) Desconto/Abatimento
Carteira 101					Espécie R\$		(+) Mora/Multa
Quantidade					Valor		(+) Outros Acréscimos
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) JUROS POR DIA DE ATRASO R\$ R\$ 33,60 NAO DISPENSAR JUROS DE MORA ATENÇÃO: NÃO SERÃO RECONHECIDOS PELO NOSSO SISTEMA QUALQUER PAGAMENTO VIA DOC, TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA, DEPÓSITO SIMPLES/IDENTIFICADO.							(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP RUA LOEFGREN,2109 04.040-033-SAO PAULO -SP							Ficha de Compensação/Autenticação Mecânica





Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo
Loefgren, Nº: 2109
04040033 São Paulo SP
CNPJ 60.502.242/0001-05 I.E. 108621088116
Fone 50807000 Fax
E-mail marcelo.curtulo@ijc.org.br Bairro Vila Clementino

Ordem de Compra
Número 16.266
Data 12/09/2025 13:
Impressão 12/09/2025 14:
Solicitante Diego Pereira c
Mot. Cancel

Fornecedor Quibasa Quimica Basica Ltda
Endereço Teles de Menezes, 92
Fone / Fax 31 034395454
Contato Neimar Soares Barbosa

Cidade Belo Horizonte
CNPJ/CPF 19.400.787/0001-07

CEP 31565130
I.E.

UF MG
Bairro Santa Branca

Item	Entrega	Código	Descrição	Qtde	UM	Vi. Unit.	% Desc.	% IPI	Tot. Desc	Vi. Total
1	24/09/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	20,00	KT	1.680,	0,00		0,00	33.600,00
2	10/10/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
3	07/11/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
4		59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
5	09/01/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
6	06/02/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
7	06/03/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
8	10/04/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
9	08/05/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
Outras Despesas		0,00	Vi. Desc. 0,00 Vi. Desc. 0,00	Vi. IPI 0,00		Total		369.600,00		
						Total Geral		369.600,00		

Transportadora

Local Entrega Almoxarifado

Condição de Pgto 30/45 DDL - Boleto Bancário

Tipo Frete Cif - Frete por conta do Fornecedor
Valores em Real
Hr Entrega

Observação Reposição de estoque Almoxarifado.

- Compra programada com fabricante de set/25 a mai/26.
- Faturamento e entrega mensais conforme Ordem de Compra.
- Fornecedor será comunicado até o dia 5 do mês anterior ao do faturamento se as quantidades programadas serão mantidas, reduzidas, aumentadas ou canceladas. Sem a obrigatoriedade de faturamento posterior.

Autorização

Compras - marcelo.curtulo

QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA

RUA TELES DE MENEZES N.92
 Bairro SANTA BRANCA, BELO
 HORIZONTE, MG
 Fone: (31) 03439-5454, CEP:
 31565130

DANFE

Documento
 Auxiliar da Nota
 Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº166.479

SÉRIE 2 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3125 0919 4007 8700 0107 5500 2000 1664 7913 9071 0946

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDA P/ NAO CONTRIBUINTE** PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **131256930652155 15/09/2025 17:32:46**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: **0622059920069** INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: **813018276119** CNPJ: **19.400.787/0001-07**

RAZÃO SOCIAL: **ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP** CNPJ/CPF: **18901 60.502.242/0001-05** DATA DA EMISSÃO: **15-09-2025**

ENDEREÇO: **RUA LOEFGREN Nº 2109** BAIRRO/DISTRITO: **VILA CLEMENTINO** CEP: **04.040-033** DATA DA ENTRADA/SAÍDA: **15-09-2025**

MUNICÍPIO: **SAO PAULO** FONE/FAX: **(11) 5080-7000** UF: **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **108621088116** HORA DE SAÍDA: **17:32:44**

PARCELA 30/45

BASE DE CÁLCULO DO ICMS: **33.600,00** VALOR DO ICMS: **4.032,00** BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: **0,00** VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: **0,00** VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: **33.600,00**

VALOR DO FRETE: **0,00** VALOR DO SEGURO: **0,00** OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: **0,00** VALOR DO IPI: **0,00** VALOR TOTAL DA NOTA: **33.600,00**

RAZÃO SOCIAL: **ESATA EXPRESS SERV. AUX TRANSP. AEREOS** FRETES POR CONTA: **0 - Emitente** CÓDIGO ANTT: **01220117** PLACA DO VEÍCULO: **01.220.117/0001-43**

ENDEREÇO: **RUA MAJOR DELFINO DE PAULA N. 2598** MUNICÍPIO: **BELO HORIZONTE** UF: **MG** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **0629748310050**

QUANTIDADE: **2,00** ESPECIE: **8** MARCA: **0** NOME: **0** PESO BRUTO: **41,0000 Kg** PESO LÍQUIDO: **41,0000 Kg**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVICOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.DESCONTO	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
4120-3	BIBLIOTECA TOXICOLÓGICA ICM DDB (DDB TESTES)	38221990	500	4107	MT	20,00	1.480,00	0,00	0,00	33.600,00	33.600,00	4.032,00	6,00	0,00			12,00
	Val. aprox. tributos: 854032,00																

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: MATERIAL PERECÍVEL | SAÍDA MERCADORIAS CONFORME PTA 45.000005968-20 | DO RET 144/2012 -ART.136 MG
 HORARIO DE ATENDIMENTO SEGUNDA A SEXTA FEIRA 8h AS 11h 13h AS 16h OC 16.266 - SET/25 LOCAL ENTREGA: PORTAO 3
 ALMOXARIFADO RUA TETSUAKI MIZAWA, S/N VILA CLEMENTINO, SP - CEP 04041-030. OBS: TOCAR O INTERFONE. CASO NAO ATENDA LIGAR 5080-7014 OU 99902-5724. HORARIO: 08 AS 11HS E DAS 13 AS 16HS Nro do Alvara: 355030801-864-0 Vencimento Alvara: 04/10/2025 | valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$2016,30 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | Entrega por ordem do destinatario. Endereço Entrega: RUA TETSUAKI MIZAWA, S/N RUA SEM SAÍDA. LADO LAVARAPIDO - CEP: 04041030 VILA CLEMENTINO - SAO PAULO/SP | TRANSP TERRESTRE | CONFORME EC 87/2015 - ICMS INTERESTADUAL PARA UF DE DESTINO: R\$ 2016,3

RESERVADO AO FISCO

LANÇADO

Data. 22 / 09 / 25

Assinatura. [assinatura]

C CUSTO. Almox

C. CONTÁBIL. 1115

ÁREA ATUAÇÃO. ABIO

DATA. 22 / 09 / 25

**BANCO SANTANDER**| **033-7** |**RECIBO DO PAGADOR**

Beneficiário QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA 19.400.787/0001-07					RUA TELES DE MENEZES,92 SANTA BRANCA - BELO HORIZONTE		Vencimento: 30/10/2025
Data do Documento 15/09/2025					Número do Documento 166479 - 2		Agência/Código Benef. 3893 / 7003668
Esp.Doc. DM					Aceit N		Nosso Número 00000061483-1
Uso do Banco					Carteira 101	Espécie R\$	(=) Valor do Documento 16.800,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) JUROS POR DIA DE ATRASO R\$ R\$ 33,60 NAO DISPENSAR JUROS DE MORA ATENÇÃO: NÃO SERÃO RECONHECIDOS PELO NOSSO SISTEMA QUALQUER PAGAMENTO VIA DOC, TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA, DEPÓSITO SIMPLES/IDENTIFICADO.					(-) Desconto/Abatimento		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(=) Valor Cobrado		
Pagador ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP RUA LOEFGREN,2109 04.040-033-SAO PAULO-SP							
Autenticação Mecânica							

| **033-7** |

03399.70030 66800.000003 61483.101012 3 12500001680000

Local do Pagamento: Pagável preferencialmente no Banco do Santander.					Vencimento: 30/10/2025		
Beneficiário QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA					RUA TELES DE MENEZES,92 SANTA BRANCA - BELO HORIZONTE		Agência/Código Benef. 3893 / 7003668
Data do Documento 15/09/2025					Número do Documento 166479 - 2		Nosso Número 00000061483-1
Esp.Doc. DM					Aceit N		
Uso do Banco					Carteira 101	Espécie R\$	(=) Valor do Documento 16.800,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente) JUROS POR DIA DE ATRASO R\$ R\$ 33,60 NAO DISPENSAR JUROS DE MORA ATENÇÃO: NÃO SERÃO RECONHECIDOS PELO NOSSO SISTEMA QUALQUER PAGAMENTO VIA DOC, TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA, DEPÓSITO SIMPLES/IDENTIFICADO.					(-) Desconto/Abatimento		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(=) Valor Cobrado		
Pagador ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP RUA LOEFGREN,2109 04.040-033-SAO PAULO -SP							
Ficha de Compensação/Autenticação Mecânica							





Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de SP
Loefgren, Nº: 2109
04040033 São Paulo SP
CNPJ 60.502.242/0001-05 I.E. 108621088116
Fone 50807000 Fax
E-mail marcelo.curtulo@ijc.org.br

Bairro Vila Clementino

Ordem de Compra
Número 16.266
Data 12/09/2025 13:05
Impressão 12/09/2025 14:09
Solicitante Diego Pereira da
Mot Cancel

Fornecedor Quibasa Química Básica Ltda

Endereço Teles de Menezes, 92

Cidade Belo Horizonte

CEP 31565130

UF MG

Fone / Fax 31 034395454

CNPJ/CPF 19.400.787/0001-07

I.E.

Bairro Santa Branca

Contato Neimar Soares Barbosa

Item	Entrega	Código	Descrição	Qtde	UM	Vi. Unit.	% Desc.	% IPI	Tot. Desc	Vi. Total
1	24/09/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	20,00	KT	1.680,	0,00		0,00	33.600,00
2	10/10/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
3	07/11/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
4		59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
5	09/01/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
6	06/02/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
7	06/03/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
8	10/04/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
9	08/05/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00

Outras Despesas	0,00	Vi. Desc.	0,00	Vi. IPI	0,00	Total	369.600,00
		Vi. Desc.	0,00			Total Geral	369.600,00

Transportadora

Local Entrega Almojarifado

Condição de Pgto 30/45 DDL - Boleto Bancário

Tipo Frete Cif - Frete por conta do Fornecedor

Valores em Real

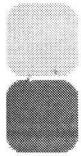
Hr Entrega

Observação Reposição de estoque Almojarifado.

- Compra programada com fabricante de set/25 a mai/26.
- Faturamento e entrega mensais conforme Ordem de Compra.
- Fornecedor será comunicado até o dia 5 do mês anterior ao do faturamento se as quantidades programadas serão mantidas, reduzidas, aumentadas ou canceladas. Sem a obrigatoriedade de faturamento posterior.

Autorização

Compras - marcelo.curtulo



A

**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SP
INSTITUTO JÔ CLEMENTE**

CNPJ 60.502.242/0001-05

Tel: (11) 5080-7000

Responsável: Dra. Alba Tavares E-mail: alba.tavares@ijc.org.br

A empresa QUIBASA QUIMICA BÁSICA, inscrita no CNPJ sob o nº. 19.400.787/0001-07, Inscrição Estadual nº 062.205992.00-69, sediada na Rua Teles de Menezes, nº.92, bairro Santa Branca, CEP 31565-130 em Belo Horizonte/ MG, telefone 031 3439-5454, e-mail neimar.barbosa@bioclin.com.br, vêm apresentar sua proposta.

PROPOSTA COMERCIAL

TABELA DE PREÇOS			
COD. REF	DESCRIÇÃO	VALOR TESTE	VALOR KIT
K270-3	Biolisa Toxoplasmose IgM DBS (480T)	R\$ 3,50	R\$ 1.680,00

Condição de pagamento: 30/45 dias
Consumíveis inclusos

COMPRA PROGRAMADA 2025					
Cod. Ref	Descrição	Set	Out	Nov	Dez
K270-3	Biolisa Toxoplasmose IgM DBS 480T	20	25	25	25

COMPRA PROGRAMADA 2026						
Cod. Ref	Descrição	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
K270-3	Biolisa Toxoplasmose IgM DBS 480T	25	25	25	25	25

Belo Horizonte/MG, 12 de Setembro de 2025

Neimar Barbosa
Gerente Comercial
Tel: (31) 3439-5454
E-mail: neimar.barbosa@bioclin.com



15657



Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Sp

Solicitação de Compras

Número : 25956

Dt. Solic : 12/09/2025 09:22

Dt. Liber : 12/09/2025 09:28

Dt. Autor : 12/09/2025 09:28

Dt. Baixa :

Motivo Urg: Não Informado

Solicitante : Diego Pereira da Silva

Autorização :

Local Estoque : Almoxarifado

Conta Contábil :

Centro Custo :

Observação : reposição de estoque almoxarifado

Seq	Qtde Unid	Con	Código	Descrição material	Desc compl	VI unit previsto	Data	Fornecedor	Dt entrega	Pend
001	20,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	19/09/2025	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/10/2025	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/11/2025	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/12/2025	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/05/2026	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/02/2026	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/03/2026	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/04/2026	0,00
001	25,00	KT	1	59450 Kit Biolisa Toxoplasrose Igm Dbs (480 Testes)"		1.695,413	11/02/25	Quibasa Quimica Basica Ltda	01/01/2026	0,00

Total Itens 1 372.990,8380

QUIBASA QUIMICA BASICA LTDA
 RUA TELES DE MENEZES N.92
 Bairro SANTA BRANCA, BELO
 HORIZONTE, MG
 Fone: (31) 03439-5454, CEP:
 31565130

DANFE
 Documento
 Auxiliar da Nota
 Fiscal Eletrônica
 0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA **1**
 Nº167.758
 SÉRIE 2 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3125 1019 4007 8700 0107 5500 2000 1677 5814 8267 9167

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: **VENDA P/ NAO CONTRIBUINTE**
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: **0622059920069** INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: **813018276119** PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: **131256985050126 08/10/2025 12:09:33**
 CNPJ: **19.400.787/0001-07**

DESTINATÁRIO/RECEPTOR: **ASSOC DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPC DE SP** CNPJ/CPF: **18901 60.502.242/0001-05** DATA DA EMISSÃO: **08-10-2025**
 ENDEREÇO: **RUA LOEFGREN Nº 2109** BAIRRO/DISTRITO: **VILA CLEMENTINO** CEP: **04.040-033** DATA DA ENTRADA/SAÍDA: **08-10-2025**
 MUNICÍPIO: **SÃO PAULO** FONE/FAX: **(11) 5080-7000** UF: **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **108621088116** HORA DE SAÍDA: **12:09:32**

PARCELA 30/45 | BOL = 01 Venc = 07/11/2025 Valor = R\$21.000,00 | BOL = 02 Venc = 24/11/2025 Valor = R\$21.000,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS: **42.000,00** VALOR DO ICMS: **5.040,00** BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: **0,00** VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: **0,00** VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: **42.000,00**
 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: **42.000,00**

RAZÃO SOCIAL: **ACETTE TRANSPORTE E LOGISTICA LTDA** PRET. EMITENTE: **0 - Emitente** CÓDIGO ANTT: **0** PLACA DO VEÍCULO: **0** UF: **MG** CNPJ/CPF: **21.384.167/0001-73**
 ENDEREÇO: **RUA FRANCISCO JOSE TEIXEIRA N. 102** MUNICÍPIO: **BELO HORIZONTE** UF: **MG** INSCRIÇÃO ESTADUAL: **0024636830016**
 QUANTIDADE: **3,00** ESPÉCIE: **0** MARCA: **0** NÚMERO: **0** PESO BRUTO: **50,0000 Kg** PESO LÍQUIDO: **50,0000 Kg**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.DESCONTO	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	BC ICMS ST	V. ICMS ST	V. IPI	AL. ICMS	AL. IPI
K270-3	BIOLISA TOXOELASMOSE IGM DBS (480 TESTES) Lote: 27 D.Fab: 01/09/25 D.Val: 31/03/26 VIL. SEMP. TRIBUTARI: 863940.00	38221990	500	6107	KT	25,00	1.660,00	0,00	0,00	42.000,00	42.000,00	5.040,00	0,00	0,00	0,00	12,00	0,00

LANÇADO
 Data: 15, 10, 25
 Assinatura: [Assinatura]

C. CUSTO: ALMOX
 C. CONTÁBIL: 1115
 AREA ATUAÇÃO: AP010
 DATA: 15, 10, 25

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: MATERIAL PERCEÍVEL | SAÍDA MERCADORIAS CONFORME PTA 45.000005060-20 | DO RET 144/2012 - ART.136 MG DC 16.266 - OUT/25 LOCAL ENTREGA: PORTAO 3 ALMOXARIFADO RUA TETSUAKI MIZAWA, S/N VILA CLEMENTINO, SP - CEP 04041-030. DBS: TOCAR O INTERFONE. CASO NAO ATENDA LIGAR 5080-7014 OU 99902-5724. HORARIO: 08 AS 11HS E DAS 13 AS 16HS Nro do Alvara: 355030801-864-0 Vencimento Alvara: 04/10/2025 | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R\$2520,00 + FCP R\$0,00; DIFAL da UF Origem R\$0,00. | Entrega por ordem do destinatário. Endereço Entrega: RUA TETSUAKI MIZAWA, S/N RUA SEM SAÍDA. LADO LAVARAPIDO - CEP: 04041030 VILA CLEMENTINO - SAO PAULO/SP | TRANSP AEREO | CONFORME EC 87/2015 - ICMS INTERESTADUAL PARA UF DE DESTINO: R\$ 2520.0

RESERVADO AO FISCO



Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Sp
Loefgren, Nº: 2109
04040033 São Paulo SP
CNPJ 60.502.242/0001-05 I.E. 108621088116
Fone 50807000 Fax
E-mail marcelo.curtulo@ijc.org.br Bairro Vila Clementino

Ordem de Compra
Número 16.266
Data 12/09/2025 13:05
Impressão 12/09/2025 14:09:
Solicitante Diego Pereira da
Mot Cancel

Fornecedor Quibasa Quimica Basica Ltda
Endereço Teles de Menezes, 92
Fone / Fax 31 034395454
Contato Neimar Soares Barbosa

Cidade Belo Horizonte
CNPJ/CPF 19.400.787/0001-07

CEP 31565130
I.E.

UF MG
Bairro Santa Branca

Item	Entrega	Código	Descrição	Qtde	UM	VI Unit	% Desc	% IPI	Tot. Desc	VI Total
1	24/09/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	20,00	KT	1.680,	0,00		0,00	33.600,00
2	10/10/2025	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
3	07/11/2025	5945Q	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
4		59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
5	09/01/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
6	06/02/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
7	06/03/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
8	10/04/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
9	08/05/2026	59450	Kit Biolisa Toxoplasmose Igm Dbs (480 Testes)"	25,00	KT	1.680,	0,00		0,00	42.000,00
Outras Despesas			0,00	VI. Desc.	0,00	VI. IPI	0,00	Total		369.600,00
				VI. Desc.				Total Geral		369.600,00

Transportadora
Local Entrega Almojarifado
Condição de Pgto 30/45 DDL - Boleto Bancário

Tipo Frete Cif - Frete por conta do Fornecedor
Valores em Real
Hr Entrega

Observação Reposição de estoque Almojarifado.

- Compra programada com fabricante de set/25 a mai/26.
- Faturamento e entrega mensais conforme Ordem de Compra.
- Fornecedor será comunicado até o dia 5 do mês anterior ao do faturamento se as quantidades programadas serão mantidas, reduzidas, aumentadas ou canceladas. Sem a obrigatoriedade de faturamento posterior.

Autorização

Compras - marcelo.curtulo