

ANEXO RP-06 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR

DEMONSTRATIVO INTEGRAL DE RECEITAS E DESPESAS
CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATANTE:	PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
CONTRATADA:	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB / REDE SANTA CASA
ENTIDADE GERENCIADA:	HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA – ADULTO E PEDIÁTRICO
CNPJ:	45.349.461/0001-02
ENDEREÇO E CEP:	RUA DR. ORLANDO T SANTOS, 50, BAIRRO WILLIAMS, EM GARÇA, SP
RESPONSÁVEL(IS) PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:	JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
CPF:	362.328.398-38
OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO:	O OBJETO DO PRESENTE A CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, VISANDO À CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PARA HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - ADULTO E PEDIÁTRICO.
EXERCÍCIO:	2024
ORIGEM DOS RECURSOS:	MUNICIPAL

DOCUMENTO	DATA DE ASSINATURA	VIGÊNCIA	VALOR
Contrato de Gestão 01/2024	05/06/2024	04/06/2025	R\$ 17.995.462,80

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA REPASSE	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOC DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
05/07/2024	R\$ 1.499.621,90			
05/08/2024	R\$ 1.499.621,90			
05/09/2024	R\$ 1.499.621,90	06/09/2024	100.000	R\$ 990.945,41
05/10/2024	R\$ 1.499.621,90	22/10/2024	1	R\$ 800.000,00
		30/10/2024	1	R\$ 699.934,90
05/11/2024	R\$ 1.499.621,90	21/11/2024	1	R\$ 500.000,00
05/11/2024	R\$ 1.499.621,90	04/12/2024	1	R\$ 300.000,00
		06/12/2024	1	R\$ 200.000,00
		06/12/2024	1	R\$ 150.000,00
		10/12/2024	1	R\$ 349.621,90
(A) SALDO DO EXERÍCIO ANTERIOR				R\$ -
(B) REPASSES RECEBIDOS NO EXERCÍCIO				R\$ 3.990.502,21
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				R\$ 4.648,74
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE				R\$ -
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				R\$ 3.995.150,95
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE PARCEIRA				R\$ 1.119,98
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				R\$ 3.996.270,93

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) da ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB / REDE SANTA CASA vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício/2024, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS:					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA RECEITA (Conforme Plano de Trabalho)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)(I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J=H+I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A SEREM PAGAS EM EXERCÍCIOS SEGUINTES
PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.846.425,71	R\$ -	R\$ 2.846.425,71	R\$ 2.846.425,71	R\$ -
MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 44.762,39	R\$ -	R\$ 44.762,39	R\$ 44.762,39	R\$ -
MATERIAIS E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 154.030,02	R\$ -	R\$ 154.030,02	R\$ 154.030,02	R\$ -
SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$ 749.217,83	R\$ -	R\$ 749.217,83	R\$ 749.217,83	R\$ -
UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 5.267,20	R\$ -	R\$ 5.267,20	R\$ 5.267,20	R\$ -
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	R\$ 74.261,36		R\$ 74.261,36	R\$ 74.261,36	R\$ -
COOPORTATIVOS	R\$ 96.000,00	R\$ -	R\$ 96.000,00	R\$ 96.000,00	R\$ -
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R\$ 22.679,00	R\$ -	R\$ 22.679,00	R\$ 22.679,00	R\$ -
TOTAL	R\$ 3.992.643,51	R\$ -	R\$ 3.992.643,51	R\$ 3.992.643,51	R\$ -

ORIGEM DOS RECURSOS (4): Recursos Próprios					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) - (J=H+I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTES (R\$)
OUTROS GASTOS	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	
DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 3.170,51	R\$ -	R\$ 3.170,51	R\$ 3.170,51	R\$ -
TOTAL	R\$ 3.170,51	R\$ -	R\$ 3.170,51	R\$ 3.170,51	R\$ -

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$ 3.996.270,93
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$ 3.995.814,02
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	R\$ 456,91
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	R\$ -
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)	R\$ 456,91

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Contratante.

Louveira, 31 de dezembro 2.024

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 02/01/2025
Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 29/11/2024	Cota em: 31/12/2024
0,8594	10,3732	10,3732	2,69971300	2,72291300

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 1292.000578032685-8	Mês/Ano 12/2024	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	28.758,56C	10.652,451433
Aplicações	1.047.830,88C	386.020,812077
Resgates	1.047.576,85D	385.800,832722
Rendimento Bruto no Mês	2.175,95C	
IRRF	171,50D	
IOF	1.412,36D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	29.604,68C	10.872,430788
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
02 / 12	RESGATE	8.733,56D	3.240,706777
	IRRF	2,10D	
	IOF	16,87D	
05 / 12	RESGATE	83,70D	31,032456
	IRRF	0,04D	
	IOF	0,17D	
17 / 12	APLICACAO	535.485,51C	197.378,284704
18 / 12	RESGATE	100.093,60D	36.903,821778
	IRRF	35,81D	
	IOF	32,05D	
20 / 12	APLICACAO	512.345,37C	188.642,527372
23 / 12	RESGATE	201.315,76D	74.187,055820
	IRRF	13,62D	
	IOF	242,26D	
26 / 12	RESGATE	23.730,10D	8.742,054941
	IRRF	3,76D	
	IOF	39,08D	
27 / 12	RESGATE	390.728,63D	143.875,954342
	IRRF	63,72D	
	IOF	629,37D	
30 / 12	RESGATE	322.891,50D	118.820,206604
	IRRF	52,45D	
	IOF	452,56D	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
753,15	171,50

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.
Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC: 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: http://fale-conosco.caixa.gov.br/wps/portal/faleconosco
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 02/01/2025
Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 29/11/2024	Cota em: 31/12/2024
0,8594	10,3732	10,3732	2,69971300	2,72291300

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 1292.000578032686-6	Mês/Ano 12/2024	Folha 01/02
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	397.477,71C	147.229,615823
Aplicações	382.683,30C	141.362,994498
Resgates	779.945,87D	288.424,807817
Rendimento Bruto no Mês	1.944,93C	
IRRF	311,79D	
IOF	1.391,37D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	456,91C	167,802504
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
04 / 12	RESGATE	226.187,82D	83.875,005218
	IRRF	65,36D	
	IOF	462,71D	
06 / 12	APLICACAO	47.189,78C	17.444,158286
10 / 12	APLICACAO	335.493,52C	123.918,836211
12 / 12	RESGATE	78.128,10D	28.912,489861
	IRRF	68,70D	
	IOF	141,67D	
16 / 12	RESGATE	149.540,09D	55.259,748770
	IRRF	124,40D	
	IOF	191,71D	
17 / 12	RESGATE	81.109,19D	29.947,144459
	IRRF	9,09D	
	IOF	128,04D	
18 / 12	RESGATE	167.197,53D	61.724,315887
	IRRF	25,33D	
	IOF	304,45D	
20 / 12	RESGATE	77.601,14D	28.639,017764
	IRRF	18,82D	
	IOF	162,43D	
26 / 12	RESGATE	69,00D	25,438371
	IRRF	0,03D	
	IOF	0,13D	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
1.321,89	311,79

Informações ao Cotista**Serviço de Atendimento ao Cotista**

SAC: 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: http://fale-conosco.caixa.gov.br/wps/portal/faleconosco
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 02/01/2025
Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 29/11/2024	Cota em: 31/12/2024
0,8594	10,3732	10,3732	2,69971300	2,72291300

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 1292.000578032686-6	Mês/Ano 12/2024	Folha 02/02
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	397.477,71C	147.229,615823
Aplicações	382.683,30C	141.362,994498
Resgates	779.945,87D	288.424,807817
Rendimento Bruto no Mês	1.944,93C	
IRRF	311,79D	
IOF	1.391,37D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	456,91C	167,802504
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
27 / 12	RESGATE	113,00D	41,647483
	IRRF	0,06D	
	IOF	0,23D	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
1.321,89	311,79

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.
Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC: 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: http://fale-conosco.caixa.gov.br/wps/portal/faleconosco
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5948	Emissão 02/01/2025
Fundo CAIXA FIC GIRO MPE RF REF DI LP	CNPJ do Fundo 10.551.370/0001-70	Início das Atividades do Fundo 09/09/2013	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 29/11/2024	Cota em: 31/12/2024
0,7839	9,3828	9,3828	2,36175400	2,38026700

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço SBS - Quadra 04 - Lotes 3/4 - Brasília/DF	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 1292.000578032687-4	Mês/Ano 12/2024	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	0,00	0,000000
Aplicações	400.000,00C	168.544,604697
Resgates	0,00	0,000000
Rendimento Bruto no Mês	1.181,16C	
IRRF	0,00	
IOF	0,00	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	401.181,16C	168.544,604697
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
18 / 12	APLICACAO	400.000,00C	168.544,604697

Dados de Tributação**Rendimento Base****IRRF**

0,00

0,00

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.

Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC: 0800 726 0101	Endereço para Correspondência: Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: http://fale-conosco.caixa.gov.br/wps/portal/faleconosco
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	

Empregados

EXTRATO MENSAL									
Empr.:		8907 ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA		Situação: Trabalhando		CPF: 598.509.748-00		Adm: 16/09/2024	
Vínculo:		Celetista		CC: 8		Depto: 37		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		997 RECEPCIONISTA		C.B.O: 422105		Filial: 1		Salário: 1.750,00	
8781 DIAS NORMAIS		30,00		1.750,00 P		998 I.N.S.S.		8,09 189,42 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C		0,00		71,80 P					
16 INSALUBRIDADE 20%		20,00		282,40 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%		60,66		235,90 P					
ND: 0	Proventos:	2.340,10	Descontos:	189,42	Informativa:	187,20	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.150,68
NF: 0	Base INSS:	2.340,10	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.340,10	Valor FGTS:	187,20	Base IRRF: 1.775,30
Empr.:		8660 ADNA RENATA DE FREITAS SABINO		Situação: Trabalhando		CPF: 017.039.464-64		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista		CC: 8		Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		997 RECEPCIONISTA		C.B.O: 422105		Filial: 1		Salário: 1.750,00	
8781 DIAS NORMAIS		23,00		1.341,67 P		998 I.N.S.S.		7,96 161,73 D	
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE		7,00		408,33 P					
217 REEMBOLSO DIVERSOS		116,66		116,66 P					
16 INSALUBRIDADE 20%		20,00		216,51 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR		20,00		65,89 P					
ND: 0	Proventos:	2.149,06	Descontos:	161,73	Informativa:	162,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.987,33
NF: 0	Base INSS:	2.032,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.032,40	Valor FGTS:	162,59	Base IRRF: 1.467,60
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 02/11/2024 a 08/11/2024									
Empr.:		9070 ALDIR ALVES SILVA SOARES		Situação: Trabalhando		CPF: 005.642.725-58		Adm: 14/11/2024	
Vínculo:		Celetista		CC: 40		Depto: 41		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		1018 AUXILIAR DE LIMPEZA		C.B.O: 514320		Filial: 1		Salário: 1.650,00	
8781 DIAS NORMAIS		17,00		935,00 P		998 I.N.S.S.		7,50 94,12 D	
17 INSALUBRIDADE 40%		40,00		320,05 P		981 DESC.ADIANT.SALARIAL		200,00 200,00 D	
ND: 0	Proventos:	1.255,05	Descontos:	294,12	Informativa:	100,40	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 960,93
NF: 0	Base INSS:	1.255,05	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.255,05	Valor FGTS:	100,40	Base IRRF: 490,25
Empr.:		8631 ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES		Situação: Trabalhando		CPF: 282.565.688-79		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista		CC: 8		Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM		C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário: 2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS		19,00		1.723,30 P		998 I.N.S.S.		9,07 313,73 D	
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE		11,00		997,70 P		999 IMPOSTO DE RENDA		15,00 52,49 D	
8699 MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG		0,00		7,12 P					
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C		0,00		94,13 P					
16 INSALUBRIDADE 20%		20,00		178,85 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR		20,00		103,55 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%		58,38		353,00 P					
ND: 0	Proventos:	3.457,65	Descontos:	366,22	Informativa:	276,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.091,43
NF: 0	Base INSS:	3.457,65	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.457,65	Valor FGTS:	276,61	Base IRRF: 2.892,85
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 01/11/2024 a 11/11/2024									
Empr.:		8612 ALINE MOREIRA LINO BATISTA		Situação: Trabalhando		CPF: 488.512.448-47		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista		CC: 8		Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		997 RECEPCIONISTA		C.B.O: 422105		Filial: 1		Salário: 1.750,00	
8781 DIAS NORMAIS		30,00		1.750,00 P		998 I.N.S.S.		7,51 106,86 D	
207 AUXILIO CRECHE		320,35		320,35 P		8792 DIAS FALTAS		9,00 525,00 D	
16 INSALUBRIDADE 20%		20,00		197,68 P					
ND: 0	Proventos:	2.268,03	Descontos:	631,86	Informativa:	113,81	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.636,17
NF: 3	Base INSS:	1.422,68	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.422,68	Valor FGTS:	113,81	Base IRRF: 857,88
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 29/11/2024 a 29/11/2024									

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:		8632 AMANDA LEITE MACHADO			Situação: Trabalhando			CPF: 378.318.698-67		Adm: 02/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63 259,22 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50 13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:		8633 ANA CLEIA ALVES DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 042.771.081-21		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		9,31 349,67 D
		207 AUXILIO CRECHE			320,35	320,35 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00 97,41 D
		8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	175,88 P					
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P					
		300 ADICIONAL NOTURNO 40%			95,57	577,88 P					
ND:	0	Proventos:	4.077,51	Descontos:	447,08	Informativa:	300,57	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.630,43
NF:	0	Base INSS:	3.757,16	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.757,16	Valor FGTS:	300,57	Base IRRF:	3.192,36
Empr.:		8817 ANA GLORIA LOPES DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 045.996.254-00		Adm: 26/08/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63 259,22 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50 13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	2	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:		8651 ANA MARIA COELHO ROMAO			Situação: Trabalhando			CPF: 108.180.838-16		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		9,23 337,09 D
		8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	151,42 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00 81,69 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P					
		300 ADICIONAL NOTURNO 40%			82,28	497,52 P					
ND:	0	Proventos:	3.652,34	Descontos:	418,78	Informativa:	292,18	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.233,56
NF:	0	Base INSS:	3.652,34	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.652,34	Valor FGTS:	292,18	Base IRRF:	3.087,54
Empr.:		8634 ANA PAULA ALVES DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 034.403.481-05		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63 259,22 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50 13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	1	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60

Empresa:		18 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL								Página:		3/25
CNPJ:		45.349.461/0001-02								Emissão:		04/12/2024
Cálculo:		Folha Mensal								Horas:		10:44:02
Competência:		11/2024										
Empregados												
EXTRATO MENSAL												
Empr.:		8674 ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI				Situação: Trabalhando		CPF: 401.205.148-26		Adm: 01/07/2024		
Vínculo:		Celetista				CC: 8		Depto: 7		Horas Mês: 180,00		
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário: 2.721,00		
		8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		
		16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	272,99 P		8792	DIAS FALTAS		
										8,51	247,21 D	
										1,00	90,70 D	
ND:	0	Proventos:	2.993,99	Descontos:	337,91	Informativa:	232,26	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.656,08	
NF:	0	Base INSS:	2.903,29	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.903,29	Valor FGTS:	232,26	Base IRRF:	2.338,49	
Empr.:		8781 ANDREA DOS SANTOS				Situação: Trabalhando		CPF: 418.946.908-42		Adm: 29/07/2024		
Vínculo:		Celetista				CC: 8		Depto: 8		Horas Mês: 180,00		
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário: 2.721,00		
		8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		
		16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		
										8,63	259,22 D	
										7,50	13,46 D	
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72	
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60	
Empr.:		8807 ANDREIA APARECIDA GARCIA				Situação: Trabalhando		CPF: 282.581.448-20		Adm: 20/08/2024		
Vínculo:		Celetista				CC: 8		Depto: 8		Horas Mês: 180,00		
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário: 2.721,00		
		8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		
		207 AUXILIO CRECHE				320,35	320,35 P		999	IMPOSTO DE RENDA		
		8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E				0,00	175,67 P				9,31	
		16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P				349,57 D	
		300 ADICIONAL NOTURNO 40%				95,46	577,21 P				72,69 D	
ND:	2	Proventos:	4.076,63	Descontos:	422,26	Informativa:	300,50	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.654,37	
NF:	0	Base INSS:	3.756,28	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.756,28	Valor FGTS:	300,50	Base IRRF:	3.027,53	
Empr.:		8616 ANGELA MARIA CANDIDO				Situação: Trabalhando		CPF: 328.960.728-37		Adm: 01/07/2024		
Vínculo:		Celetista				CC: 8		Depto: 7		Horas Mês: 180,00		
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário: 2.721,00		
		8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		
		16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		
										8,63	259,22 D	
										7,50	13,46 D	
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72	
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60	
Empr.:		8885 ANNE FRANCYELLE GOMES VIANA				Situação: Demitido		CPF: 061.879.454-92		Adm: 05/09/2024		
Vínculo:		Celetista				CC: 8		Depto: 7		Horas Mês: 180,00		
Cargo:		997 RECEPCIONISTA				C.B.O: 422105		Filial: 1		Salário: 1.750,00		
		9180 SALDO DE SALARIO DIAS				29,00	1.691,67 P		8566	ADIANTAMENTO 13 SALARIO RESCISAO		
		8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E				0,00	122,71 P		8919	ADIANTAMENTO 13º MEDIA HORAS		
		8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO				3,00	437,50 P		8921	ADIANTAMENTO 13º VANTAGENS		
		8551 MEDIA HORAS 13º RESCISAO				3,00	72,89 P		51	LIQUIDO RESCISAO		
		8553 VANTAGENS 13º RESCISAO				3,00	70,60 P		842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT		
		29 FERIAS PROPORCIONAIS				3,00	437,50 P		826	INSS SOBRE RESCISAO		
		815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL				3,00	72,89 P		989	INSS 13 SAL.RESCISAO		
		817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL				3,00	70,60 P		8792	DIAS FALTAS		
		8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI				33,33	193,66 P				2,00	
		16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	254,16 P				116,67 D	
		300 ADICIONAL NOTURNO 40%				99,17	385,66 P					
ND:	0	Proventos:	3.809,84	Descontos:	3.809,84	Informativa:	210,24	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00	
NF:	1	Base INSS:	2.918,52	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.628,03	Valor FGTS:	210,24	Base IRRF:	1.788,92	
DEMITIDO EM 29/11/2024 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado												

Empresa:	18 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL										Página:	4/25
CNPJ:	45.349.461/0001-02										Emissão:	04/12/2024
Cálculo:	Folha Mensal										Horas:	10:44:02
Competência:	11/2024											
Empregados												
EXTRATO MENSAL												
Empr.:	8652 ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA				Situação: Trabalhando			CPF: 136.810.494-08		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS				24,00	2.176,80 P		998	I.N.S.S.		8,63	259,56 D	
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE				6,00	544,20 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,67 D	
8699 MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG				0,00	2,84 P							
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	225,92 P							
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR				20,00	56,48 P							
ND: 0	Proventos:	3.006,24	Descontos:	273,23	Informativa:	240,49	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.733,01		
NF: 0	Base INSS:	3.006,24	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.006,24	Valor FGTS:	240,49	Base IRRF:	2.441,44		
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 02/11/2024 a 02/11/2024												
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 04/11/2024 a 04/11/2024												
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 16/11/2024 a 16/11/2024												
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 28/11/2024 a 28/11/2024												
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 29/11/2024 a 30/11/2024												
Empr.:	8683 BIANCA DE FREITAS				Situação: Trabalhando			CPF: 083.965.884-22		Adm:	02/07/2024	
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	997 RECEPCIONISTA				C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00	
8781 DIAS NORMAIS				30,00	1.750,00 P		998	I.N.S.S.		8,15	203,17 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	107,43 P							
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%				90,77	352,99 P							
ND: 0	Proventos:	2.492,82	Descontos:	203,17	Informativa:	199,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.289,65		
NF: 1	Base INSS:	2.492,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.492,82	Valor FGTS:	199,42	Base IRRF:	1.928,02		
Empr.:	8710 BIANCA SOUZA MESSIAS				Situação: Trabalhando			CPF: 029.380.545-80		Adm:	19/07/2024	
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D	
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D	
ND: 0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72		
NF: 0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60		
Empr.:	9056 BRUNA CAROLAYNE DOS SANTOS GOMES				Situação: Trabalhando			CPF: 149.651.286-30		Adm:	11/11/2024	
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	997 RECEPCIONISTA				C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00	
8781 DIAS NORMAIS				20,00	1.166,67 P		998	I.N.S.S.		7,58	112,76 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	26,67 P							
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	188,27 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%				27,43	106,67 P							
ND: 0	Proventos:	1.488,28	Descontos:	112,76	Informativa:	119,06	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.375,52		
NF: 1	Base INSS:	1.488,28	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.488,28	Valor FGTS:	119,06	Base IRRF:	923,48		
Empr.:	8585 BRUNA MENDES DOS SANTOS				Situação: Trabalhando			CPF: 468.611.218-43		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	66 COPEIRO (A)				C.B.O: 513430			Filial: 1		Salário:	1.585,00	
8781 DIAS NORMAIS				30,00	1.585,00 P		998	I.N.S.S.		7,87	146,88 D	
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P							
ND: 0	Proventos:	1.867,40	Descontos:	146,88	Informativa:	149,39	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.720,52		
NF: 0	Base INSS:	1.867,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.867,40	Valor FGTS:	149,39	Base IRRF:	1.302,60		

Empregados

EXTRATO MENSAL										
Empr.:	8593 CONCEICAO DA SILVA MARTINS			Situação: Trabalhando			CPF: 322.529.828-02		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P		998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
207 AUXILIO CRECHE			320,35	320,35 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P						
ND:	0	Proventos:	4.489,75	Descontos:	561,78	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.927,97
NF:	0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF: 3.604,60
Empr.:	8768 DANIELA DA SILVA BARBOSA			Situação: Trabalhando			CPF: 349.766.538-03		Adm:	26/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF: 2.438,60
Empr.:	8617 DANIELE BARROS DIAS			Situação: Trabalhando			CPF: 064.466.175-50		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF: 2.438,60
Empr.:	9057 DEBORA CASSIANA DOS SANTOS			Situação: Trabalhando			CPF: 332.320.668-10		Adm:	11/11/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 40			Depto: 37		Horas Mês:	180,00
Cargo:	997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00
8781 DIAS NORMAIS			20,00	1.166,67 P		998	I.N.S.S.		7,50	101,62 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	188,27 P						
ND:	0	Proventos:	1.354,94	Descontos:	101,62	Informativa:	108,39	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.253,32
NF:	0	Base INSS:	1.354,94	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.354,94	Valor FGTS:	108,39	Base IRRF: 790,14
Empr.:	8606 DEBORA DE OLIVEIRA SOARES			Situação: Trabalhando			CPF: 407.511.418-01		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	9 FARMACEUTICO (A)			C.B.O: 223405			Filial: 1		Salário:	4.038,20
8781 DIAS NORMAIS			30,00	4.038,20 P		998	I.N.S.S.		10,70	586,86 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E			0,00	271,94 P		999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	451,28 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P						
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			99,57	893,52 P						
ND:	0	Proventos:	5.486,06	Descontos:	1.038,14	Informativa:	438,88	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 4.447,92
NF:	0	Base INSS:	5.486,06	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.486,06	Valor FGTS:	438,88	Base IRRF: 4.899,20
Empr.:	8586 DEISIANE MACIEL TELES			Situação: Trabalhando			CPF: 396.271.268-29		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA			C.B.O: 515210			Filial: 1		Salário:	1.650,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.650,00 P		998	I.N.S.S.		7,90	152,73 D
207 AUXILIO CRECHE			320,35	320,35 P						
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P						
ND:	0	Proventos:	2.252,75	Descontos:	152,73	Informativa:	154,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.100,02
NF:	0	Base INSS:	1.932,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.932,40	Valor FGTS:	154,59	Base IRRF: 1.367,60

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8618 DELFRAN JOSE DE SANTANA			Situação: Trabalhando			CPF: 059.816.155-40		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D		
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:	8813 DENICLEIA DE OLIVEIRA SILVA			Situação: Demitido			CPF: 436.967.198-11		Adm:	23/08/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
9180 SALDO DE SALARIO DIAS			20,00	1.814,00 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	3.268,21 D		
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO			3,00	680,25 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,98	165,89 D		
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO			3,00	70,60 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	56,31 D		
29 FERIAS PROPORCIONAIS			3,00	680,25 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO		22,50	340,13 D		
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL			3,00	70,60 P							
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI			33,33	250,28 P							
206 BANCO DE HORAS			5,14	76,29 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	188,27 P							
ND:	0	Proventos:	3.830,54	Descontos:	3.830,54	Informativa:	226,34	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
NF:	1	Base INSS:	2.829,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.829,41	Valor FGTS:	226,34	Base IRRF:	2.264,61
DEMITIDO EM 20/11/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência											
Empr.:	8637 EDILENA DIOGO RIBEIRO			Situação: Trabalhando			CPF: 310.307.658-47		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		9,40	364,99 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	205,65 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	116,56 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			111,75	675,72 P							
ND:	0	Proventos:	3.884,77	Descontos:	481,55	Informativa:	310,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.403,22
NF:	0	Base INSS:	3.884,77	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.884,77	Valor FGTS:	310,78	Base IRRF:	3.319,97
Empr.:	8607 EDINEIA DIOGO CAINELI			Situação: Trabalhando			CPF: 004.814.519-00		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		10,42	527,03 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	207,50 P	999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	348,35 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			78,93	681,78 P							
ND:	0	Proventos:	5.058,68	Descontos:	875,38	Informativa:	404,69	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.183,30
NF:	0	Base INSS:	5.058,68	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.058,68	Valor FGTS:	404,69	Base IRRF:	4.493,88
Empr.:	9063 ELISANGELA BUENO			Situação: Trabalhando			CPF: 168.496.508-07		Adm:	13/11/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 40			Depto: 41		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	1018 AUXILIAR DE LIMPEZA			C.B.O: 514320			Filial: 1		Salário:	1.650,00	
8781 DIAS NORMAIS			18,00	990,00 P	998	I.N.S.S.		7,50	99,66 D		
17 INSALUBRIDADE 40%			40,00	338,88 P							
ND:	0	Proventos:	1.328,88	Descontos:	99,66	Informativa:	106,31	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.229,22
NF:	0	Base INSS:	1.328,88	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.328,88	Valor FGTS:	106,31	Base IRRF:	764,08

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8891 ELTON GONCALVES DE FREITAS			Situação: Trabalhando		CPF: 346.579.748-58		Adm:	10/09/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 8		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505		Filial: 1		Salário:	3.887,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		10,47	538,22 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	226,16 P	999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	366,35 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			86,03	743,11 P							
ND:	0	Proventos:	5.138,67	Descontos:	904,57	Informativa:	411,09	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.234,10
NF:	0	Base INSS:	5.138,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.138,67	Valor FGTS:	411,09	Base IRRF:	4.573,87
Empr.:	8619 EMILLY FERREIRA JORGE			Situação: Trabalhando		CPF: 089.820.446-12		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO			C.B.O: 411005		Filial: 1		Salário:	1.944,44		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.944,44 P	998	I.N.S.S.		8,53	249,16 D		
201 ADICIONAL DE LIDERANÇA			200,00	200,00 P							
250 REFLEXO EXTRAS DSR			0,00	108,78 P							
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	6,19 P							
200 HORAS EXTRAS 100%			6,07	163,68 P							
331 HORAS EXTRAS 50%			9,58	193,74 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			4,71	20,35 P							
ND:	0	Proventos:	2.919,58	Descontos:	249,16	Informativa:	233,56	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.670,42
NF:	0	Base INSS:	2.919,58	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.919,58	Valor FGTS:	233,56	Base IRRF:	2.354,78
Empr.:	9080 ERICA FERREIRA JORGE			Situação: Trabalhando		CPF: 080.789.446-08		Adm:	30/11/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 40		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO			C.B.O: 517410		Filial: 1		Salário:	1.750,00		
8781 DIAS NORMAIS			1,00	58,33 P	998	I.N.S.S.		7,50	5,08 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	9,41 P							
ND:	0	Proventos:	67,74	Descontos:	5,08	Informativa:	5,41	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	62,66
NF:	0	Base INSS:	67,74	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	67,74	Valor FGTS:	5,41	Base IRRF:	-497,06
Empr.:	8702 EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA			Situação: Trabalhando		CPF: 269.625.168-19		Adm:	12/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 31		Horas Mês:	200,00		
Cargo:	1014 FARMACEUTICO RT			C.B.O: 223405		Filial: 1		Salário:	5.383,20		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	5.383,20 P	998	I.N.S.S.		11,13	702,20 D		
250 REFLEXO EXTRAS DSR			0,00	119,84 P	999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	646,13 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	30,51 P							
200 HORAS EXTRAS 100%			5,45	308,78 P							
331 HORAS EXTRAS 50%			2,00	84,98 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			9,31	100,24 P							
ND:	0	Proventos:	6.309,95	Descontos:	1.348,33	Informativa:	504,79	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.961,62
NF:	1	Base INSS:	6.309,95	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	6.309,95	Valor FGTS:	504,79	Base IRRF:	5.607,75
Empr.:	8620 FABIULA DE JESUS SILVA			Situação: Trabalhando		CPF: 450.623.728-52		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D		
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8666 FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS			Situação: Trabalhando		CPF: 372.418.278-30		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105		Filial: 1		Salário:	1.750,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.		8,14	199,58 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	98,13 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			82,91	322,43 P							
ND:	0	Proventos:	2.452,96	Descontos:	199,58	Informativa:	196,23	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.253,38
NF:	0	Base INSS:	2.452,96	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.452,96	Valor FGTS:	196,23	Base IRRF:	1.888,16
Empr.:	8613 FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO			Situação: Trabalhando		CPF: 418.188.038-95		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105		Filial: 1		Salário:	1.750,00		
8781 DIAS NORMAIS			24,00	1.400,00 P	998	I.N.S.S.		7,96	161,73 D		
8791 DIAS AFAST.C/DIR.INTEGR			6,00	350,00 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
ND:	0	Proventos:	2.032,40	Descontos:	161,73	Informativa:	162,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.870,67
NF:	2	Base INSS:	2.032,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.032,40	Valor FGTS:	162,59	Base IRRF:	1.467,60
Afastamento direitos integrais: 29/10/2024 a 06/11/2024											
Empr.:	8638 FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA			Situação: Trabalhando		CPF: 334.416.328-00		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		9,38	362,06 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	199,97 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	112,90 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	48	VALE TRANSPORTE		6,00	163,26 D		
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			108,66	657,03 P							
ND:	0	Proventos:	3.860,40	Descontos:	638,22	Informativa:	308,83	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.222,18
NF:	0	Base INSS:	3.860,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.860,40	Valor FGTS:	308,83	Base IRRF:	3.295,60
Empr.:	8820 GABRIEL SILVA DE SOUZA			Situação: Trabalhando		CPF: 435.545.158-50		Adm:	02/09/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 44		Horas Mês:	120,00		
Cargo:	6 FISIOTERAPEUTA			C.B.O: 223605		Filial: 1		Salário:	2.900,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.900,00 P	998	I.N.S.S.		8,82	280,70 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	26,88 D		
ND:	0	Proventos:	3.182,40	Descontos:	307,58	Informativa:	254,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.874,82
NF:	0	Base INSS:	3.182,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.182,40	Valor FGTS:	254,59	Base IRRF:	2.617,60
Empr.:	8639 GABRIELA FALAVINHA M LIMA			Situação: Trabalhando		CPF: 477.005.118-29		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		9,35	357,21 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	190,54 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	106,84 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			103,54	626,07 P							
ND:	0	Proventos:	3.820,01	Descontos:	464,05	Informativa:	305,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.355,96
NF:	0	Base INSS:	3.820,01	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.820,01	Valor FGTS:	305,60	Base IRRF:	3.255,21

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:		8961 GABRIELA SABRINA DE OLIVEIRA			Situação: Trabalhando			CPF: 358.398.698-99		Adm:	16/10/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:		20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
							48	VALE TRANSPORTE		6,00	233,22 D
ND:	0	Proventos:	4.169,40	Descontos:	795,00	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.374,40
NF:	0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF:	3.604,60
Empr.:		8802 GARDENIA ALVES DA ROSA TAVARES			Situação: Trabalhando			CPF: 279.281.538-82		Adm:	16/08/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND:	1	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:		8598 GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA			Situação: Trabalhando			CPF: 274.310.598-41		Adm:	01/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
ND:	0	Proventos:	4.169,40	Descontos:	561,78	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.607,62
NF:	1	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF:	3.604,60
Empr.:		8695 GEOVANA ROSA DOS SANTOS			Situação: Trabalhando			CPF: 480.148.818-85		Adm:	08/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 31		Horas Mês:	180,00
Cargo:		60 FARMACEUTICO (A)			C.B.O: 223405			Filial: 1		Salário:	4.038,20
8781 DIAS NORMAIS					30,00	4.038,20 P	998	I.N.S.S.		10,05	460,81 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E					0,00	61,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	241,94 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%					22,65	203,26 P					
ND:	0	Proventos:	4.585,72	Descontos:	702,75	Informativa:	366,85	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.882,97
NF:	0	Base INSS:	4.585,72	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.585,72	Valor FGTS:	366,85	Base IRRF:	4.020,92
Empr.:		8815 GEOVANNI DE PAULA			Situação: Trabalhando			CPF: 401.082.198-10		Adm:	26/08/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:		9 FARMACEUTICO (A)			C.B.O: 223405			Filial: 1		Salário:	4.038,20
8781 DIAS NORMAIS					30,00	4.038,20 P	998	I.N.S.S.		9,81	423,69 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	182,29 D
							48	VALE TRANSPORTE		6,00	242,29 D
ND:	0	Proventos:	4.320,60	Descontos:	848,27	Informativa:	345,64	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.472,33
NF:	0	Base INSS:	4.320,60	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.320,60	Valor FGTS:	345,64	Base IRRF:	3.755,80

Empregados

EXTRATO MENSAL									
Empr.:	8640 GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA			Situação: Trabalhando		CPF: 333.645.528-60		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		9,40	365,13 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	205,93 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	116,73 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			111,90	676,62 P					
ND: 0	Proventos:	3.885,95	Descontos:	481,86	Informativa:	310,87	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.404,09
NF: 0	Base INSS:	3.885,95	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.885,95	Valor FGTS:	310,87	Base IRRF: 3.321,15
Empr.:	8681 GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDI			Situação: Trabalhando		CPF: 873.215.054-72		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	200,00
Cargo:	1010 ALMOXARIFE			C.B.O: 414105		Filial: 1		Salário:	1.650,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.650,00 P	998	I.N.S.S.		7,72	127,32 D
995 SALARIO FAMILIA			1,00	62,04 P					
ND: 0	Proventos:	1.712,04	Descontos:	127,32	Informativa:	132,00	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.584,72
NF: 1	Base INSS:	1.650,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.650,00	Valor FGTS:	132,00	Base IRRF: 1.085,20
Empr.:	8782 GRACIELE PEREIRA SANTOS ALVES			Situação: Trabalhando		CPF: 057.788.805-61		Adm:	02/08/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 31		Horas Mês:	180,00
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA			C.B.O: 515210		Filial: 1		Salário:	1.650,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.650,00 P	998	I.N.S.S.		8,06	180,88 D
207 AUXILIO CRECHE			320,35	320,35 P					
250 REFLEXO EXTRAS DSR			0,00	72,99 P					
200 HORAS EXTRAS 100%			11,17	239,83 P					
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P					
ND: 0	Proventos:	2.565,57	Descontos:	180,88	Informativa:	179,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.384,69
NF: 1	Base INSS:	2.245,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.245,22	Valor FGTS:	179,61	Base IRRF: 1.680,42
Empr.:	8641 GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS			Situação: Trabalhando		CPF: 358.386.428-07		Adm:	02/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND: 0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.730,72
NF: 0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF: 2.438,60
Empr.:	8719 GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS			Situação: Trabalhando		CPF: 395.270.168-86		Adm:	24/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505		Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS			25,00	3.239,17 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE			5,00	647,83 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	155,15 D
217 REEMBOLSO DIVERSOS			647,83	647,83 P	52	MENSALIDADE SINDICAL		35,00	35,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	235,33 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR			20,00	47,07 P					
ND: 1	Proventos:	4.817,23	Descontos:	592,68	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 4.224,55
NF: 0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF: 3.577,28
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/11/2024 a 03/11/2024									
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/11/2024 a 07/11/2024									
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 09/11/2024 a 09/11/2024									

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8688 IDIRLEI FERNANDO DE MELO				Situação: Trabalhando			CPF: 325.873.718-56		Adm:	04/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D	
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D	
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:	8622 JANAINA FERNANDES LISBOA				Situação: Trabalhando			CPF: 112.404.416-73		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D	
207 AUXILIO CRECHE				320,35	320,35 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D	
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P						
ND:	0	Proventos:	3.323,75	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.051,07
NF:	1	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:	8587 JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO				Situação: Demitido			CPF: 460.263.238-64		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	200,00
Cargo:	1012 AUXILIAR DE FATURAMENTO				C.B.O: 413115			Filial: 1		Salário:	1.650,00
9180 SALDO DE SALARIO DIAS				7,00	385,00 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	1.671,13 D	
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO				4,00	550,00 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,50	34,78 D	
29 FERIAS PROPORCIONAIS				4,00	550,00 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	41,25 D	
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI				33,33	183,33 P						
206 BANCO DE HORAS				6,37	78,83 P						
ND:	0	Proventos:	1.747,16	Descontos:	1.747,16	Informativa:	81,10	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
NF:	0	Base INSS:	1.013,83	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.013,83	Valor FGTS:	81,10	Base IRRF:	449,03
DEMITIDO EM 07/11/2024 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa											
Empr.:	8608 JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES				Situação: Trabalhando			CPF: 372.515.838-01		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)				C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		10,65	576,32 D	
207 AUXILIO CRECHE				320,35	320,35 P	999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	433,47 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	289,65 P						
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P						
300 ADICIONAL NOTURNO 40%				110,18	951,71 P						
ND:	0	Proventos:	5.731,11	Descontos:	1.009,79	Informativa:	432,86	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.721,32
NF:	0	Base INSS:	5.410,76	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.410,76	Valor FGTS:	432,86	Base IRRF:	4.834,44
Empr.:	8599 JESSICA MAYARA KAIP				Situação: Trabalhando			CPF: 405.633.238-09		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)				C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		10,71	590,66 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	313,55 P	999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	457,69 D	
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P						
300 ADICIONAL NOTURNO 40%				119,27	1.030,23 P						
ND:	0	Proventos:	5.513,18	Descontos:	1.048,35	Informativa:	441,05	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.464,83
NF:	0	Base INSS:	5.513,18	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.513,18	Valor FGTS:	441,05	Base IRRF:	4.922,52

Empresa:	18 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL								Página:	12/25
CNPJ:	45.349.461/0001-02								Emissão:	04/12/2024
Cálculo:	Folha Mensal								Horas:	10:44:02
Competência:	11/2024									
Empregados										
EXTRATO MENSAL										
Empr.:	8821 JESSICA SOUZA PEREIRA			Situação: Demitido			CPF: 481.091.238-80		Adm:	29/08/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 37		Horas Mês:	180,00
Cargo:	997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00
	9180	SALDO DE SALARIO DIAS		11,00	641,67 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	1.964,13 D
	831	MULTA ESTABILIDADE Art. 479/CLT		15,00	508,71 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,50	55,89 D
	8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO		2,00	291,67 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	25,45 D
	8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO		2,00	0,61 P					
	8553	VANTAGENS 13o RESCISAO		2,00	47,07 P					
	29	FERIAS PROPORCIONAIS		2,00	291,67 P					
	815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL		2,00	0,40 P					
	817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL		2,00	47,07 P					
	8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI		33,33	113,05 P					
	16	INSALUBRIDADE 20%		20,00	103,55 P					
ND:	2	Proventos:	2.045,47	Descontos:	2.045,47	Informativa:	121,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 0,00
NF:	0	Base INSS:	1.084,57	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.084,57	Valor FGTS:	121,45	Base IRRF: 624,05
DEMITIDO EM 11/11/2024 - MOTIVO 10-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregador										
Empr.:	9072 JOELMA SANTOS DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 351.039.938-21		Adm:	19/11/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 40			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	1018 AUXILIAR DE LIMPEZA			C.B.O: 514320			Filial: 1		Salário:	1.650,00
	8781	DIAS NORMAIS		12,00	660,00 P	998	I.N.S.S.		7,50	66,44 D
	17	INSALUBRIDADE 40%		40,00	225,92 P					
ND:	0	Proventos:	885,92	Descontos:	66,44	Informativa:	70,87	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 819,48
NF:	0	Base INSS:	885,92	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	885,92	Valor FGTS:	70,87	Base IRRF: 321,12
Empr.:	8600 JOSILEIA DE FREITAS SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 115.469.734-78		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
	8781	DIAS NORMAIS		30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
	207	AUXILIO CRECHE		320,35	320,35 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
	16	INSALUBRIDADE 20%		20,00	282,40 P					
ND:	0	Proventos:	4.489,75	Descontos:	561,78	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.927,97
NF:	1	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF: 3.604,60
Empr.:	8692 JOYCE ROBERTA LEO			Situação: Trabalhando			CPF: 289.244.948-05		Adm:	05/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00
	8781	DIAS NORMAIS		28,00	1.633,33 P	998	I.N.S.S.		7,96	161,75 D
	8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE		2,00	116,67 P					
	8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG		0,00	0,19 P					
	16	INSALUBRIDADE 20%		20,00	263,57 P					
	9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR		20,00	18,83 P					
ND:	0	Proventos:	2.032,59	Descontos:	161,75	Informativa:	162,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.870,84
NF:	0	Base INSS:	2.032,59	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.032,59	Valor FGTS:	162,60	Base IRRF: 1.467,79
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/11/2024 a 27/11/2024										
Empr.:	8601 KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS			Situação: Trabalhando			CPF: 123.478.557-94		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
	8781	DIAS NORMAIS		30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
	207	AUXILIO CRECHE		640,70	640,70 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
	16	INSALUBRIDADE 20%		20,00	282,40 P					
ND:	0	Proventos:	4.810,10	Descontos:	561,78	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 4.248,32
NF:	2	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF: 3.604,60

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:		8677 LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA			Situação: Trabalhando			CPF: 246.164.138-27		Adm:	01/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		66 COPEIRO (A)			C.B.O: 513430			Filial: 1		Salário:	1.585,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	1.585,00 P	998	I.N.S.S.		7,87	146,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
ND:	0	Proventos:	1.867,40	Descontos:	146,88	Informativa:	149,39	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.720,52
NF:	2	Base INSS:	1.867,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.867,40	Valor FGTS:	149,39	Base IRRF:	1.302,60
Empr.:		8661 LEILIANE VIEIRA SOARES			Situação: Trabalhando			CPF: 378.216.928-08		Adm:	01/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.		7,96	161,73 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
ND:	0	Proventos:	2.032,40	Descontos:	161,73	Informativa:	162,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.870,67
NF:	2	Base INSS:	2.032,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.032,40	Valor FGTS:	162,59	Base IRRF:	1.467,60
Empr.:		9034 LEONILSA CALDEIRA			Situação: Trabalhando			CPF: 164.551.548-60		Adm:	29/10/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		66 COPEIRO (A)			C.B.O: 513430			Filial: 1		Salário:	1.585,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	1.585,00 P	998	I.N.S.S.		7,92	154,89 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C					0,00	20,77 P					
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%					19,37	68,23 P					
ND:	0	Proventos:	1.956,40	Descontos:	154,89	Informativa:	156,51	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.801,51
NF:	0	Base INSS:	1.956,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.956,40	Valor FGTS:	156,51	Base IRRF:	1.391,60
Empr.:		8811 LIDIANY ROBERTA FELIZARDO DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 390.017.298-60		Adm:	23/08/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS					29,00	2.630,30 P	998	I.N.S.S.		9,17	327,19 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE					1,00	90,70 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	69,31 D
8699 MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG					0,00	0,49 P	8792	DIAS FALTAS		1,00	90,70 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C					0,00	160,76 P					
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	263,57 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR					20,00	9,41 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%					83,56	505,26 P					
ND:	0	Proventos:	3.660,49	Descontos:	487,20	Informativa:	285,58	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.173,29
NF:	2	Base INSS:	3.569,79	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.569,79	Valor FGTS:	285,58	Base IRRF:	3.004,99
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/11/2024 a 27/11/2024											
Empr.:		8947 LILIANE DOS SANTOS DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 155.842.218-80		Adm:	14/10/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8662 LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO			Situação: Trabalhando			CPF: 292.367.948-23		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D		
ND:	0	Proventos:	4.169,40	Descontos:	561,78	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.607,62
NF:	0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF:	3.604,60
Empr.:	8663 LUIZ CARLOS DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 763.993.708-68		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	200,00	
Cargo:	607 AUX. SERV. DIVERSOS			C.B.O: 514320			Filial: 1		Salário:	2.200,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.200,00 P	998	I.N.S.S.		8,15	202,23 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
ND:	0	Proventos:	2.482,40	Descontos:	202,23	Informativa:	198,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.280,17
NF:	0	Base INSS:	2.482,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.482,40	Valor FGTS:	198,59	Base IRRF:	1.917,60
Empr.:	8609 MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES			Situação: Trabalhando			CPF: 087.568.594-30		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		10,45	533,18 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	217,75 P	999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	358,24 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			82,83	715,47 P							
ND:	0	Proventos:	5.102,62	Descontos:	891,42	Informativa:	408,20	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.211,20
NF:	0	Base INSS:	5.102,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.102,62	Valor FGTS:	408,20	Base IRRF:	4.537,82
Empr.:	8644 MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA			Situação: Trabalhando			CPF: 062.747.614-70		Adm:	02/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D		
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:	8805 MARCOS ANTONIO GOMES DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 120.580.034-46		Adm:	19/08/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 37		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.		8,43	238,62 D		
250 REFLEXO EXTRAS DSR			0,00	67,01 P							
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	119,51 P							
200 HORAS EXTRAS 100%			9,75	220,18 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			100,97	392,66 P							
ND:	0	Proventos:	2.831,76	Descontos:	238,62	Informativa:	226,54	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.593,14
NF:	0	Base INSS:	2.831,76	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.831,76	Valor FGTS:	226,54	Base IRRF:	2.266,96

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8766 MARIA APARECIDA CAMURCI PERCEGUINI			Situação: Trabalhando			CPF: 219.604.258-70		Adm:	26/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00	
8781 DIAS NORMAIS			29,00	3.757,43 P		998	I.N.S.S.		10,23	491,56 D	
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE			1,00	129,57 P		999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	291,36 D	
8699 MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG			0,00	0,41 P							
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	153,41 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	272,99 P							
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR			20,00	9,41 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			55,82	482,16 P							
ND: 0	Proventos:	4.805,38	Descontos:	782,92	Informativa:	384,43	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.022,46	
NF: 0	Base INSS:	4.805,38	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.805,38	Valor FGTS:	384,43	Base IRRF:	4.240,58	
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 29/11/2024 a 29/11/2024											
Empr.:	8589 MARIA APARECIDA JOSE CRUZ			Situação: Trabalhando			CPF: 427.314.372-00		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	200,00	
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA			C.B.O: 515210			Filial: 1		Salário:	1.650,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	1.650,00 P		998	I.N.S.S.		7,90	152,73 D	
203 AJUDA DE CUSTO			320,33	320,33 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
ND: 0	Proventos:	2.252,73	Descontos:	152,73	Informativa:	154,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.100,00	
NF: 0	Base INSS:	1.932,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.932,40	Valor FGTS:	154,59	Base IRRF:	1.367,60	
Empr.:	8888 MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE PAULA E S			Situação: Trabalhando			CPF: 297.389.638-00		Adm:	10/09/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P		998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D	
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	126,71 D	
ND: 2	Proventos:	4.169,40	Descontos:	529,24	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.640,16	
NF: 0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF:	3.387,69	
Empr.:	8658 MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO			Situação: Trabalhando			CPF: 149.956.938-66		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		9,19	330,48 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	138,55 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	73,42 D	
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		48	VALE TRANSPORTE		6,00	163,26 D	
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			75,29	455,25 P							
ND: 0	Proventos:	3.597,20	Descontos:	567,16	Informativa:	287,77	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.030,04	
NF: 0	Base INSS:	3.597,20	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.597,20	Valor FGTS:	287,77	Base IRRF:	3.032,40	
Empr.:	9051 MARIA CLAUDIA OTUZI DE OLIVEIRA			Situação: Trabalhando			CPF: 081.307.208-50		Adm:	06/11/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	200,00	
Cargo:	1017 COORDENADOR DE ENFERMAGEM RT			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	7.500,00	
8781 DIAS NORMAIS			25,00	6.250,00 P		998	I.N.S.S.		11,21	726,76 D	
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	235,33 P		999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	687,61 D	
ND: 0	Proventos:	6.485,33	Descontos:	1.414,37	Informativa:	518,82	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	5.070,96	
NF: 0	Base INSS:	6.485,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	6.485,33	Valor FGTS:	518,82	Base IRRF:	5.758,57	

Empregados

EXTRATO MENSAL									
Empr.:	8881	MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS SANTO	Situação:	Trabalhando	CPF:	873.167.495-04	Adm:	05/09/2024	
Vínculo:	1	Celetista	CC:	8	Depto:	8	Horas Mês:	180,00	
Cargo:		20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O:	223505	Filial:	1	Salário:	3.887,00	
	8781	DÍAS NORMAIS	30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.	9,65	402,53 D	
	16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	155,15 D	
ND:	1	Proventos:	4.169,40	Descontos:	557,68	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0
NF:	0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55
								Base IRRF:	3.577,28
Empr.:	8615	MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	161.778.528-82	Adm:	01/07/2024	
Vínculo:		Celetista	CC:	8	Depto:	7	Horas Mês:	180,00	
Cargo:		997 RECEPCIONISTA	C.B.O:	422105	Filial:	1	Salário:	1.750,00	
	8781	DÍAS NORMAIS	30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.	8,11	193,90 D	
	250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	76,29 P					
	8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E	0,00	7,10 P					
	200	HORAS EXTRAS 100%	11,10	250,66 P					
	16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
	300	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	23,33 P					
ND:	0	Proventos:	2.389,78	Descontos:	193,90	Informativa:	191,18	Informativa Dedutora:	0
NF:	0	Base INSS:	2.389,78	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.389,78	Valor FGTS:	191,18
								Base IRRF:	1.824,98
Empr.:	8626	MARIA QUINO DA SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	923.280.244-91	Adm:	01/07/2024	
Vínculo:		Celetista	CC:	8	Depto:	7	Horas Mês:	180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O:	322205	Filial:	1	Salário:	2.721,00	
	8781	DÍAS NORMAIS	30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.	8,63	259,22 D	
	16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	13,46 D	
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0
NF:	2	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27
								Base IRRF:	2.438,60
Empr.:	8645	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS	Situação:	Trabalhando	CPF:	120.530.094-54	Adm:	01/07/2024	
Vínculo:		Celetista	CC:	8	Depto:	7	Horas Mês:	180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O:	322205	Filial:	1	Salário:	2.721,00	
	8781	DÍAS NORMAIS	30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.	9,31	350,33 D	
	207	AUXILIO CRECHE	640,70	640,70 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	98,23 D	
	8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E	0,00	177,15 P					
	16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
	300	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,26	582,05 P					
ND:	0	Proventos:	4.403,30	Descontos:	448,56	Informativa:	301,00	Informativa Dedutora:	0
NF:	0	Base INSS:	3.762,60	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.762,60	Valor FGTS:	301,00
								Base IRRF:	3.197,80
Empr.:	8580	MARIANA DE LURDES ALBINO	Situação:	Trabalhando	CPF:	480.129.568-10	Adm:	01/07/2024	
Vínculo:		Celetista	CC:	8	Depto:	7	Horas Mês:	200,00	
Cargo:		333 ADM. ASSISTENTE	C.B.O:	252105	Filial:	1	Salário:	2.100,00	
	8781	DÍAS NORMAIS	28,00	1.960,00 P	998	I.N.S.S.	7,99	167,82 D	
	8870	DÍAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	2,00	140,00 P					
ND:	0	Proventos:	2.100,00	Descontos:	167,82	Informativa:	168,00	Informativa Dedutora:	0
NF:	0	Base INSS:	2.100,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.100,00	Valor FGTS:	168,00
								Base IRRF:	1.535,20
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/11/2024 a 27/11/2024									

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	9065 MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA			Situação: Trabalhando		CPF: 072.154.534-30		Adm:	14/11/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 40		Depto: 8		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	1018 AUXILIAR DE LIMPEZA			C.B.O: 514320		Filial: 1		Salário:	1.650,00		
8781 DIAS NORMAIS			17,00	935,00 P	998	I.N.S.S.		7,50	103,99 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	30,95 P							
17 INSALUBRIDADE 40%			40,00	320,05 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			27,43	100,58 P							
ND:	0	Proventos:	1.386,58	Descontos:	103,99	Informativa:	110,92	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.282,59
NF:	0	Base INSS:	1.386,58	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.386,58	Valor FGTS:	110,92	Base IRRF:	821,78
Empr.:	8610 MARILANDY LIMEIRA			Situação: Trabalhando		CPF: 042.633.864-26		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	9 FARMACEUTICO (A)			C.B.O: 223405		Filial: 1		Salário:	4.038,20		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	4.038,20 P	998	I.N.S.S.		10,57	558,33 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	224,39 P	999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	401,31 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			82,16	737,29 P							
ND:	0	Proventos:	5.282,28	Descontos:	959,64	Informativa:	422,58	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.322,64
NF:	2	Base INSS:	5.282,28	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.282,28	Valor FGTS:	422,58	Base IRRF:	4.717,48
Empr.:	8796 MARILENE ROCHA DE SOUZA			Situação: Trabalhando		CPF: 301.230.868-76		Adm:	13/08/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 8		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00		
8781 DIAS NORMAIS			24,00	2.176,80 P	998	I.N.S.S.		9,17	328,07 D		
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE			6,00	544,20 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	70,41 D		
8699 MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG			0,00	2,34 P	8792	DIAS FALTAS		2,00	181,40 D		
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	225,05 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	207,09 P							
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR			20,00	56,48 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			90,39	546,56 P							
ND:	0	Proventos:	3.758,52	Descontos:	579,88	Informativa:	286,16	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.178,64
NF:	0	Base INSS:	3.577,12	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.577,12	Valor FGTS:	286,16	Base IRRF:	3.012,32
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 01/11/2024 a 01/11/2024											
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/11/2024 a 30/11/2024											
Empr.:	8678 MARINA APARECIDA BATISTA			Situação: Trabalhando		CPF: 498.294.578-00		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	220,00		
Cargo:	1015 AUXILIAR DE CONSULTORIO DENTARIO			C.B.O: 322415		Filial: 1		Salário:	1.650,00		
8781 DIAS NORMAIS			29,00	1.595,00 P	998	I.N.S.S.		7,90	152,73 D		
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE			1,00	55,00 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	272,99 P							
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR			20,00	9,41 P							
ND:	0	Proventos:	1.932,40	Descontos:	152,73	Informativa:	154,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.779,67
NF:	0	Base INSS:	1.932,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.932,40	Valor FGTS:	154,59	Base IRRF:	1.367,60
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/11/2024 a 27/11/2024											
Empr.:	8627 MARLANDIA DE MATOS GOMES			Situação: Trabalhando		CPF: 080.087.414-57		Adm:	01/07/2024		
Vínculo:	Celetista			CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00		
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00		
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,12	195,51 D		
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	226,39 P	8792	DIAS FALTAS		5,95	539,67 D		
ND:	0	Proventos:	2.947,39	Descontos:	735,18	Informativa:	192,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.212,21
NF:	0	Base INSS:	2.407,72	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.407,72	Valor FGTS:	192,61	Base IRRF:	1.842,92

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8654 MARLENE LOPES COSTA			Situação: Trabalhando			CPF: 165.293.668-81		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		9,23	337,73 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	152,65 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	82,48 D	
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			82,95	501,57 P							
ND:	0	Proventos:	3.657,62	Descontos:	420,21	Informativa:	292,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.237,41
NF:	0	Base INSS:	3.657,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.657,62	Valor FGTS:	292,60	Base IRRF:	3.092,82
Empr.:	9078 MARLUCE PEREIRA SANTOS			Situação: Trabalhando			CPF: 088.377.256-63		Adm:	27/11/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 40			Depto: 31		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA			C.B.O: 515210			Filial: 1		Salário:	1.650,00	
8781 DIAS NORMAIS			4,00	220,00 P		998	I.N.S.S.		7,50	19,32 D	
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	37,65 P							
ND:	0	Proventos:	257,65	Descontos:	19,32	Informativa:	20,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	238,33
NF:	0	Base INSS:	257,65	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	257,65	Valor FGTS:	20,61	Base IRRF:	-307,15
Empr.:	8602 MIDIAN XAVIER MAGALHAES			Situação: Trabalhando			CPF: 393.265.078-66		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 42		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	56 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P		998	I.N.S.S.		10,57	558,71 D	
207 AUXILIO CRECHE			640,70	640,70 P		999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	402,06 D	
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	260,31 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			99,02	855,31 P							
ND:	0	Proventos:	5.925,72	Descontos:	960,77	Informativa:	422,80	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.964,95
NF:	2	Base INSS:	5.285,02	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.285,02	Valor FGTS:	422,80	Base IRRF:	4.720,22
Empr.:	8659 MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM			Situação: Trabalhando			CPF: 485.678.708-01		Adm:	01/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA			C.B.O: 515210			Filial: 1		Salário:	1.650,00	
8781 DIAS NORMAIS			29,00	1.595,00 P		998	I.N.S.S.		8,01	170,74 D	
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE			1,00	55,00 P							
8699 MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEG			0,00	0,66 P							
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	48,15 P							
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	272,99 P							
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR			20,00	9,41 P							
300 ADICIONAL NOTURNO 40%			41,27	151,32 P							
ND:	0	Proventos:	2.132,53	Descontos:	170,74	Informativa:	170,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.961,79
NF:	0	Base INSS:	2.132,53	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.132,53	Valor FGTS:	170,60	Base IRRF:	1.567,73
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/11/2024 a 27/11/2024											
Empr.:	8716 MONALIZA CALISTO LIMA			Situação: Trabalhando			CPF: 063.528.693-94		Adm:	23/07/2024	
Vínculo:	Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00	
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00	
8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D	
16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D	
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60

Empresa:	18 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL								Página:	19/25
CNPJ:	45.349.461/0001-02								Emissão:	04/12/2024
Cálculo:	Folha Mensal								Horas:	10:44:02
Competência:	11/2024									
Empregados										
EXTRATO MENSAL										
Empr.:	8789 NALANDA LEITE MALDONADO CONDORI				Situação: Trabalhando		CPF: 491.089.168-45		Adm:	05/08/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8		Depto: 31		Horas Mês:	180,00
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA				C.B.O: 515210		Filial: 1		Salário:	1.650,00
	8781 DIAS NORMAIS				30,00	1.650,00 P		998	I.N.S.S.	
	8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	18,39 P			7,95	159,82 D
	16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P				
	300 ADICIONAL NOTURNO 40%				16,48	60,43 P				
IND:	0	Proventos:	2.011,22	Descontos:	159,82	Informativa:	160,89	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.851,40
NF:	0	Base INSS:	2.011,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.011,22	Valor FGTS:	160,89	Base IRRF: 1.446,42
Empr.:	8628 NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SI				Situação: Trabalhando		CPF: 105.585.596-38		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00
	8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.	
	16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA	
									8,63	259,22 D
									7,50	13,46 D
IND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.730,72
NF:	2	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF: 2.438,60
Empr.:	8803 NITHIA ROBERTA MONTEIRO				Situação: Trabalhando		CPF: 259.759.188-39		Adm:	16/08/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8		Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205		Filial: 1		Salário:	2.721,00
	8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.	
	8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	175,60 P		999	IMPOSTO DE RENDA	
	16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P			9,31	349,53 D
	300 ADICIONAL NOTURNO 40%				95,42	576,97 P			15,00	97,24 D
IND:	0	Proventos:	3.755,97	Descontos:	446,77	Informativa:	300,47	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.309,20
NF:	0	Base INSS:	3.755,97	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.755,97	Valor FGTS:	300,47	Base IRRF: 3.191,17
Empr.:	8883 PATRICIA APARECIDA CORREA BERTI				Situação: Demitido		CPF: 295.019.508-32		Adm:	06/09/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8		Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)				C.B.O: 223505		Filial: 1		Salário:	3.887,00
	8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE				5,00	647,83 P		51	LIQUIDO RESCISAO	
	9180 SALDO DE SALARIO DIAS				17,00	2.202,63 P		842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	
	8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO				3,00	971,75 P		8794	DIAS FALTAS DSR	
	8553 VANTAGENS 13o RESCISAO				3,00	70,60 P		826	INSS SOBRE RESCISAO	
	29 FERIAS PROPORCIONAIS				3,00	971,75 P		989	INSS 13 SAL.RESCISAO	
	817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL				3,00	70,60 P		828	IRRF SOBRE RESCISAO	
	8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI				33,33	347,45 P		8792	DIAS FALTAS	
	16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	141,20 P			27,50	690,63 D
	9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR				20,00	47,07 P			1,00	129,57 D
IND:	0	Proventos:	5.470,88	Descontos:	5.470,88	Informativa:	305,74	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 0,00
NF:	0	Base INSS:	3.821,94	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.821,94	Valor FGTS:	305,74	Base IRRF: 3.511,41
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 01/11/2024 a 05/11/2024										
DEMITIDO EM 22/11/2024 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado										
Empr.:	8590 PAULA SILVA TORRES				Situação: Trabalhando		CPF: 453.887.278-40		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8		Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	983 AUXILIAR DE FARMACIA				C.B.O: 515210		Filial: 1		Salário:	1.650,00
	8781 DIAS NORMAIS				30,00	1.650,00 P		998	I.N.S.S.	
	8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C				0,00	85,92 P			8,08	185,87 D
	16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P				
	300 ADICIONAL NOTURNO 40%				76,99	282,30 P				
IND:	0	Proventos:	2.300,62	Descontos:	185,87	Informativa:	184,04	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 2.114,75
NF:	0	Base INSS:	2.300,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.300,62	Valor FGTS:	184,04	Base IRRF: 1.735,82

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:	8963 RAFAELA DE SOUZA MILANESI				Situação: Trabalhando			CPF: 109.935.539-74		Adm:	17/10/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)				C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	3.887,00 P		998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
							48	VALE TRANSPORTE		6,00	233,22 D
ND:	0	Proventos:	4.169,40	Descontos:	795,00	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.374,40
NF:	0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF:	3.604,60
Empr.:	8665 RAMON BARBOSA NASCIMENTO				Situação: Trabalhando			CPF: 422.842.158-07		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		9,11	318,66 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E				0,00	138,94 P		999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	58,65 D
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	272,99 P		8792	DIAS FALTAS		1,00	90,70 D
300 ADICIONAL NOTURNO 40%				75,50	456,52 P						
ND:	0	Proventos:	3.589,45	Descontos:	468,01	Informativa:	279,90	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.121,44
NF:	1	Base INSS:	3.498,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.498,75	Valor FGTS:	279,90	Base IRRF:	2.933,95
Empr.:	8582 RICARDO DA SILVEIRA ROSA				Situação: Trabalhando			CPF: 138.946.198-05		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	200,00
Cargo:	333 ADM. ASSISTENTE				C.B.O: 252105			Filial: 1		Salário:	2.100,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.100,00 P		998	I.N.S.S.		7,99	167,82 D
ND:	0	Proventos:	2.100,00	Descontos:	167,82	Informativa:	168,00	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.932,18
NF:	0	Base INSS:	2.100,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.100,00	Valor FGTS:	168,00	Base IRRF:	1.535,20
Empr.:	8629 RITA CAETANO DA S SANTOS				Situação: Trabalhando			CPF: 954.308.654-00		Adm:	01/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	997 RECEPCIONISTA				C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	1.750,00 P		998	I.N.S.S.		8,14	199,59 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO E				0,00	98,16 P						
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P						
300 ADICIONAL NOTURNO 40%				82,93	322,51 P						
ND:	0	Proventos:	2.453,07	Descontos:	199,59	Informativa:	196,24	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.253,48
NF:	0	Base INSS:	2.453,07	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.453,07	Valor FGTS:	196,24	Base IRRF:	1.888,27
Empr.:	8648 RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO				Situação: Trabalhando			CPF: 043.299.555-20		Adm:	02/07/2024
Vínculo:	Celetista				CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM				C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS				30,00	2.721,00 P		998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%				20,00	282,40 P		999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60

Empresa:		18 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL							Página:		21/25
CNPJ:		45.349.461/0001-02							Emissão:		04/12/2024
Cálculo:		Folha Mensal							Horas:		10:44:02
Competência:		11/2024									
Empregados											
EXTRATO MENSAL											
Empr.:		8708 ROSANA APARECIDA DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 302.940.908-27		Adm: 17/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		9,34	355,70 D
		8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	187,60 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	51,00 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	48	VALE TRANSPORTE		6,00	163,26 D
		300 ADICIONAL NOTURNO 40%			101,94	616,40 P					
IND:	3	Proventos:	3.807,40	Descontos:	569,96	Informativa:	304,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.237,44
NF:	0	Base INSS:	3.807,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.807,40	Valor FGTS:	304,59	Base IRRF:	2.882,93
Empr.:		8689 RUTIERI ROCHA DA SILVA			Situação: Trabalhando			CPF: 331.054.368-47		Adm: 04/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 42		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
IND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:		8583 SARAH VITORIA MATOS			Situação: Trabalhando			CPF: 489.622.968-10		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 200,00	
Cargo:		1011 ASSISTENTE DE DIRETORIA			C.B.O: 252305			Filial: 1		Salário: 2.300,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.300,00 P	998	I.N.S.S.		8,08	185,82 D
IND:	0	Proventos:	2.300,00	Descontos:	185,82	Informativa:	184,00	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.114,18
NF:	0	Base INSS:	2.300,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.300,00	Valor FGTS:	184,00	Base IRRF:	1.735,20
Empr.:		8656 SHEILA SOARES ANDRADE			Situação: Trabalhando			CPF: 073.861.373-89		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário: 2.721,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		9,35	357,42 D
		8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C			0,00	190,95 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	107,10 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P					
		300 ADICIONAL NOTURNO 40%			103,76	627,40 P					
IND:	0	Proventos:	3.821,75	Descontos:	464,52	Informativa:	305,74	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.357,23
NF:	0	Base INSS:	3.821,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.821,75	Valor FGTS:	305,74	Base IRRF:	3.256,95
Empr.:		8603 SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO			Situação: Trabalhando			CPF: 215.877.698-67		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 180,00	
Cargo:		20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário: 3.887,00	
		8781 DIAS NORMAIS			30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		9,65	402,53 D
		16 INSALUBRIDADE 20%			20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	159,25 D
IND:	0	Proventos:	4.169,40	Descontos:	561,78	Informativa:	333,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.607,62
NF:	0	Base INSS:	4.169,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.169,40	Valor FGTS:	333,55	Base IRRF:	3.604,60
Empr.:		8591 SILVIA DE SOUZA YANSEN			Situação: Trabalhando			CPF: 287.939.998-01		Adm: 01/07/2024	
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês: 200,00	
Cargo:		1012 AUXILIAR DE FATURAMENTO			C.B.O: 413115			Filial: 1		Salário: 1.650,00	
		8781 DIAS NORMAIS			29,00	1.595,00 P	998	I.N.S.S.		7,72	127,32 D
		8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE			1,00	55,00 P					
IND:	0	Proventos:	1.650,00	Descontos:	127,32	Informativa:	132,00	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.522,68
NF:	0	Base INSS:	1.650,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.650,00	Valor FGTS:	132,00	Base IRRF:	1.085,20
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/11/2024 a 26/11/2024											

Empregados

EXTRATO MENSAL											
Empr.:		8630 SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS			Situação: Trabalhando			CPF: 816.263.985-34		Adm:	01/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	13,46 D
ND:	0	Proventos:	3.003,40	Descontos:	272,68	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.730,72
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.438,60
Empr.:		8584 SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA			Situação: Trabalhando			CPF: 163.475.008-09		Adm:	01/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		61 ASSIST. SOCIAL			C.B.O: 251605			Filial: 1		Salário:	3.650,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	3.650,00 P	998	I.N.S.S.		9,43	370,70 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	123,70 D
ND:	0	Proventos:	3.932,40	Descontos:	494,40	Informativa:	314,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.438,00
NF:	0	Base INSS:	3.932,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.932,40	Valor FGTS:	314,59	Base IRRF:	3.367,60
Empr.:		8816 TATIANE DOS REIS			Situação: Trabalhando			CPF: 350.713.528-00		Adm:	27/08/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 8		Horas Mês:	180,00
Cargo:		71 TEC. ENFERMAGEM			C.B.O: 322205			Filial: 1		Salário:	2.721,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	2.721,00 P	998	I.N.S.S.		8,63	259,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
ND:	3	Proventos:	3.003,40	Descontos:	259,22	Informativa:	240,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.744,18
NF:	0	Base INSS:	3.003,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.003,40	Valor FGTS:	240,27	Base IRRF:	2.175,41
Empr.:		8908 TELMA APARECIDA ZANONI GONÇALVES			Situação: Trabalhando			CPF: 102.264.728-84		Adm:	16/09/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 37		Horas Mês:	180,00
Cargo:		997 RECEPCIONISTA			C.B.O: 422105			Filial: 1		Salário:	1.750,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.		8,09	188,45 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C					0,00	69,28 P					
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%					58,53	227,62 P					
ND:	0	Proventos:	2.329,30	Descontos:	188,45	Informativa:	186,34	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.140,85
NF:	2	Base INSS:	2.329,30	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.329,30	Valor FGTS:	186,34	Base IRRF:	1.764,50
Empr.:		8604 VANDERLI SOARES DA CRUZ			Situação: Trabalhando			CPF: 272.936.988-01		Adm:	01/07/2024
Vínculo:		Celetista			CC: 8			Depto: 7		Horas Mês:	180,00
Cargo:		20 ENFERMEIRO (A)			C.B.O: 223505			Filial: 1		Salário:	3.887,00
8781 DIAS NORMAIS					30,00	3.887,00 P	998	I.N.S.S.		10,69	584,79 D
207 AUXILIO CRECHE					640,70	640,70 P	999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	447,78 D
8924 REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO C					0,00	303,77 P					
16 INSALUBRIDADE 20%					20,00	282,40 P					
300 ADICIONAL NOTURNO 40%					115,55	998,10 P					
ND:	0	Proventos:	6.111,97	Descontos:	1.032,57	Informativa:	437,70	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	5.079,40
NF:	0	Base INSS:	5.471,27	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.471,27	Valor FGTS:	437,70	Base IRRF:	4.886,48

Empregados

EXTRATO MENSAL

INSS		FGTS, PIS e ISS	
Salário contribuição empregados:	357.435,35	Base do FGTS:	353.230,88
Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor do FGTS:	28.258,08
Excedente:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Base total:	357.435,35	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Segurados:	32.714,43	Base FGTS Rescisório:	3.913,98
Empresa:	0,00	Valor FGTS Rescisório:	347,79
RAT:	0,00	Base FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Contribuintes:	0,00	Valor FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Terceiros:	0,00	Base PIS:	0,00
Total INSS:	32.714,43	Valor PIS:	0,00
Base INSS Receita Bruta:	0,00	Base ISS:	0,00
(-) Salário Família:	62,04	Valor ISS:	0,00
(-) Salário Maternidade:	0,00		
Valores pagos a Cooperativas:	0,00		
IRRF conforme competência do cálculo		IRRF conforme competência do pagamento	
Base IRRF Mensal:	289.739,23	Base IRRF Mensal:	289.384,42
Valor IRRF Mensal:	10.616,01	Valor IRRF Mensal:	10.426,44
Base IRRF Férias:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Valor IRRF Férias:	0,00	Valor IRRF Férias:	0,00
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	439,54	Base IRRF 13º Salário:	1.618,89
Valor IRRF 13º Salário:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Valor Total do IRRF:	10.616,01	Valor Total do IRRF:	10.426,44
IRRF Aluguéis:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Situações			
No. Empregados:	114	Demitido:	5
No. Estagiários:	0	Transferido:	0
Trabalhando:	109	Férias:	0
Afastado direitos integrais:	0	Mandato sindical:	0
Afastado acidente de trabalho:	0	Aposentadoria:	0
Afastado serviço militar:	0	Partic. curso/programa de qualificação:	0
Salário maternidade:	0	Ausência justificada:	0
Salário maternidade INSS:	0	Outros afastamentos:	0
Doença:	0	Admissões:	10
Doença Profissional:	0	No. Contribuintes:	0
Licença sem vencimento:	0		

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Empregados

EXTRATO MENSAL							
Apuração Tributos Federais							
Saldo a compensar							
(-)Compensação DCOMP:	0,00	(-)Salário Família:	930,60				
(-)Salário Maternidade:	12.305,10	(-)Retenções:	0,00				
Encargos	Valor	(-)Compensação DCOMP	(-)Salário Família	(-)Salário Maternidade	(-)Retenções	Saldo a recolher	
INSS Segurado(Folha):	321.347,21	0,00	930,60	12.305,10	0,00	308.111,51	
INSS Retido(Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
FUNRURAL(Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
INSS Receita Bruta(Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
INSS SEST/SENAT(Folha):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
INSS Empresa e RAT(Folha):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
INSS Terceiros(Folha):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
IRRF(Folha):	172.106,18	0,00	0,00	0,00	0,00	172.106,18	
IRRF (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
IRRF Aluguéis PF (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
IRRF Propaganda (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
CRF (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
COFINS Retida (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
PIS Retido (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
CSLL Retida (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
CRF Órgão Públicos (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
					Saldo à recolher:	480.217,69	
Saldo remanescente à restituir							
(-)DCOMP:	0,00	(-)Salário Família:	0,00				
(-)Salário Maternidade:	0,00	(-)Retenções:	0,00				
Aviso: Conforme legislação atual, o valor a recolher dos tributos federais é consolidado entre matriz e filiais. À apuração do encargo INSS utiliza-se a competência de cálculo e à apuração do encargo IRRF utiliza-se a competência de pagamento.							

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	Identidade	CPF	Número conta	Valor
Empregados					
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	64505415	017.039.464-64	000744761704-1	1.987,33
8631	ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES	32060030	282.565.688-79	000744762051-4	3.091,43
8612	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	58150422	488.512.448-47	000744762054-9	1.636,17
8632	AMANDA LEITE MACHADO	44582382	378.318.698-67	000744762053-0	2.730,72
8633	ANA CLEIA ALVES DA SILVA	53253727	042.771.081-21	000744762057-3	3.630,43
8817	ANA GLORIA LOPES DA SILVA	65199390	045.996.254-00	721969671-0	2.730,72
8651	ANA MARIA COELHO ROMAO	20282187	108.180.838-16	000744751635-0	3.233,56
8634	ANA PAULA ALVES DA SILVA	58471440	034.403.481-05	000744761688-6	2.730,72
8674	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	47149610	401.205.148-26	000730323435-8	2.656,08
8781	ANDREA DOS SANTOS	52628566	418.946.908-42	000744409344-0	2.730,72
8807	ANDREIA APARECIDA GARCIA	29795027	282.581.448-20	721969678-8	3.654,37
8616	ANGELA MARIA CANDIDO	35542398	328.960.728-37	000744762055-7	2.730,72
8652	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	41897919	136.810.494-08	000744762056-5	2.733,01
8683	BIANCA DE FREITAS	67952645	083.965.884-22	000744761691-6	2.289,65
8710	BIANCA SOUZA MESSIAS	57313656	029.380.545-80	000744761686-0	2.730,72
8585	BRUNA MENDES DOS SANTOS	41376713	468.611.218-43	000744762045-0	1.720,52
8593	CONCEICAO DA SILVA MARTINS	33213184	322.529.828-02	000744762036-0	3.927,97
8768	DANIELA DA SILVA BARBOSA	42877920	349.766.538-03	000744409345-9	2.730,72
8617	DANIELE BARROS DIAS	69464149	064.466.175-50	000744762043-3	2.730,72
8606	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES	37145255	407.511.418-01	000744762038-7	4.447,92
8586	DEISIANE MACIEL TELES	48919904	396.271.268-29	000744762041-7	2.100,02
8618	DELFRAN JOSE DE SANTANA	58326122	059.816.155-40	000744761685-1	2.730,72
8637	EDILENA DIOGO RIBEIRO	35542260	310.307.658-47	000744761682-7	3.403,22
8607	EDINEIA DIOGO CAINELI	58592736	004.814.519-00	000744758621-9	4.183,30
8891	ELTON GONCALVES DE FREITAS	10175408	346.579.748-58	734516976-7	4.234,10
8619	EMILLY FERREIRA JORGE	62082397	089.820.446-12	000744762032-8	2.670,42
8702	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	21888298	269.625.168-19	000744751723-3	4.961,62
8620	FABIULA DE JESUS SILVA	41388496	450.623.728-52	000744758612-0	2.730,72
8666	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS	44615190	372.418.278-30	000744762031-0	2.253,38
8613	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELI	48228264	418.188.038-95	000744762028-0	1.870,67
8638	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	37137290	334.416.328-00	000744757375-3	3.222,18
8820	GABRIEL SILVA DE SOUZA	53913609	435.545.158-50	721969668-0	2.874,82
8639	GABRIELA FALAVINHA M LIMA	53913688	477.005.118-29	000744762029-8	3.355,96
8802	GARDENIA ALVES DA ROSA TAVARE	30471996	279.281.538-82	721969685-0	2.730,72
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COST.	32209838	274.310.598-41	000744762023-9	3.607,62
8695	GEOVANA ROSA DOS SANTOS	55689368	480.148.818-85	000744762022-0	3.882,97
8815	GEOVANNI DE PAULA	49720066	401.082.198-10	721969672-9	3.472,33
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	41861135	333.645.528-60	000744762019-0	3.404,09
8681	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS D	36340595	873.215.054-72	000744762017-4	1.584,72
8782	GRACIELE PEREIRA SANTOS ALVES	58962924	057.788.805-61	744408931-1	2.384,69
8641	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS	419745518	358.386.428-07	000744762018-2	2.730,72
8719	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS	39787333	395.270.168-86	000744762016-6	4.224,55
8688	IDIRLEI FERNANDO DE MELO	22688692	325.873.718-56	000744762015-8	2.730,72
8622	JANAINA FERNANDES LISBOA	63712516	112.404.416-73	000744762009-3	3.051,07
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	48239240	372.515.838-01	000744761677-0	4.721,32
8599	JESSICA MAYARA KAIP	48192050	405.633.238-09	000744762005-0	4.464,83
8600	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	63625788	115.469.734-78	000744762007-7	3.927,97
8692	JOYCE ROBERTA LEO	33811347	289.244.948-05	000744758607-3	1.870,84
8601	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES B	29907697	123.478.557-94	000744762006-9	4.248,32
8677	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA	56431870	246.164.138-27	000744761667-3	1.720,52
8661	LEILIANE VIEIRA SOARES	66160096	378.216.928-08	000744761672-0	1.870,67
8811	LIDIANY ROBERTA FELIZARDO DA S	46772399	390.017.298-60	721969679-6	3.173,29
8662	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAC	30539701	292.367.948-23	000744751583-4	3.607,62
8663	LUIZ CARLOS DA SILVA	77905271	763.993.708-68	000744762001-8	2.280,17
8609	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES	62022421	087.568.594-30	000744761999-0	4.211,20
8644	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVE	50635561	062.747.614-70	000744761998-2	2.730,72
8805	MARCOS ANTONIO GOMES DA SILV	67026034	120.580.034-46	721962995-9	2.593,14
8766	MARIA APARECIDA CAMURCI PERCE	59335783	219.604.258-70	000744409342-4	4.022,46
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	38904901	427.314.372-00	000744761674-6	2.100,00
8888	MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE PA	30471950	297.389.638-00	734516977-5	3.640,16
8658	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAC	26699800	149.956.938-66	000730380841-9	3.030,04
8881	MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS	57037262	873.167.495-04	734516975-9	3.611,72
8615	MARIA FELICIANO DE ANDRADE SIL	26291354	161.778.528-82	000744761993-1	2.195,88
8626	MARIA QUINO DA SILVA	55272904	923.280.244-91	000744761992-3	2.730,72
8645	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTO	37282239	120.530.094-54	000744761994-0	3.954,74
8580	MARIANA DE LURDES ALBINO	56261059	480.129.568-10	000744761988-5	1.932,18
8610	MARILANDY LIMEIRA	59514364	042.633.864-26	000744761991-5	4.322,64
8796	MARILENE ROCHA DE SOUZA	36586520	301.230.868-76	721969684-2	3.178,64
8678	MARINA APARECIDA BATISTA	52909343	498.294.578-00	000744761983-4	1.779,67
8627	MARLANDIA DE MATOS GOMES	67656922	080.087.414-57	000744761985-0	2.212,21
8654	MARLENE LOPES COSTA	25570913	165.293.668-81	000744761984-2	3.237,41
8602	MIDIAN XAVIER MAGALHAES	48160627	393.265.078-66	000744761982-6	4.964,95
8659	MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM	60248816	485.678.708-01	000744761972-9	1.961,79
8716	MONALIZA CALISTO LIMA	20079994	063.528.693-94	000744761975-3	2.730,72
8789	NALANDA LEITE MALDONADO CONI	50931143	491.089.168-45	744408923-0	1.851,40
8628	NATALIA MARCELA DOS SANTOS LL	39778469	105.585.596-38	000744761973-7	2.730,72

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	Identidade	CPF	Número conta	Valor
8803	NITHIA ROBERTA MONTEIRO	33001511	259.759.188-39	721969682-6	3.309,20
8590	PAULA SILVA TORRES	39880221	453.887.278-40	000744761977-0	2.114,75
8665	RAMON BARBOSA NASCIMENTO	53899363	422.842.158-07	000744761968-0	3.121,44
8582	RICARDO DA SILVEIRA ROSA	21197964	138.946.198-05	000744761966-4	1.932,18
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS	39555961	954.308.654-00	000744761967-2	2.253,48
8648	RONILSON FERNANDES DE AZEVED	58608664	043.299.555-20	000744761959-1	2.730,72
8708	ROSANA APARECIDA DA SILVA	45.305.169	302.940.908-27	000744761964-8	3.237,44
8689	RUTIERI ROCHA DA SILVA	42397107	331.054.368-47	000744761961-3	2.730,72
8583	SARAH VITORIA MATOS	54374219	489.622.968-10	000744761951-6	2.114,18
8656	SHEILA SOARES ANDRADE	67495073	073.861.373-89	000744761953-2	3.357,23
8603	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO	30756437	215.877.698-67	000744761664-9	3.607,62
8630	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS	36028552	816.263.985-34	000744761946-0	2.730,72
8584	SUZANA GONCALVES FERREIRA MO	21952500	163.475.008-09	000744761943-5	3.438,00
8816	TATIANE DOS REIS	45194153	350.713.528-00	721969673-7	2.744,18
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	30726091	272.936.988-01	000744761942-7	5.079,40
8596	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA	18078703	105.578.726-77	000744761944-3	3.607,62
Empregados: 92		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa:	276.967,07

GARCA, 04/12/2024

Responsável:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



Comprovante de Pagamento de Salário

Transação realizada via convênio de pagamentos

Nome do pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ do pagador:	45.349.461/0001-02
Conta debitada:	3104 / 0000 / 578032686-6

Convênio:	452304 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Tipo de compromisso:	PAGAMENTO DE SALARIOS
Compromisso:	ASSOC HOSPIT BENEFIC
NSA:	13

Mês do Pagamento:	Dezembro/2024
Valor Total:	R\$ 3.376,70

Relação dos Empregados

Nome	CPF	Valor do Pagamento
PATRICIA APARECIDA CORREA BERT	295.019.508-32	R\$ 3.376,70

Data da Operação:	04/12/2024
--------------------------	-------------------

Operação realizada com sucesso conforme as informações enviadas pelo cliente via arquivo.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 0104)

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS	
05 Município GARCA		06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 130.23764.77-7		11 Nome PATRICIA APARECIDA CORREA BERTI			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA AMERICO PIOLA, 479 - BLOCO D APARTAMENTO 22				13 Bairro HORTO SANTO ANTONI	
14 Município JUNDIAI		15 UF SP	16 CEP 13.211-391	17 CTPS (nº, série, UF) 07404500000 - 00215 / Sf	18 CPF 295.019.508-32
19 Data de Nascimento 13/07/1979		20 Nome da Mãe NILVA MARGARIDA DE JESUS			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada					
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregado, do contrato de trabalho por prazo determinado					
23 Remuneração Mês Ant. 4.279,23		24 Data de Admissão 06/09/2024	25 Data do Aviso Prévio 22/11/2024	26 Data de Afastamento 22/11/2024	27 Cod. Afastamento RA1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 20/dias Salário (líquido de 2/faltas e DSR)	R\$ 2.591,32	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 188,27	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 1.042,35	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 1.042,35	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 347,45
69 - Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 5.211,74
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	R\$ 833,88	112.1 Previdência Social	R\$ 232,36
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 78,17	114.1 IRRF	R\$ 690,63	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 1.835,04
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.376,70

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/2964/00002098528-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 598.509.748-00

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 2.150,68

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 07438008

Chave de Segurança: FFJ0T9G19AM22LJX

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/0323/00000026771-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ALDIR ALVES SILVA SOARES

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 005.642.725-58

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 960,93

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 07501000

Chave de Segurança: CU3ZRUGA1ZMJ76S3

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0110/00000052362-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: BRUNA CAROLAYNE DOS SANTOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 149.651.286-30

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.375,52

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 07598158

Chave de Segurança: 8UNV2VHVX87HFYLG

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000015101-2

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DEBORA CASSIANA DOS SANTOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 332.320.668-10

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.253,32

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 07668298

Chave de Segurança: UCLC90NQJRSXY6W4

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:28:44

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000761391499-3

Dados do Destinatário

Nome: ELISANGELA BUENO

Valor: R\$ 1.229,22

Informações do Pagamento

Data da Transação: 04/12/2024

Código da Operação: 041350

Chave de Segurança: SP3A0PSF1XZHMUGL

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/0962/00001019581-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ERICA FERREIRA JORGE

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 080.789.446-08

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 62,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 16252823

Chave de Segurança: P8PTNT6QRMJH1H69

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00020744559-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GABRIELA SABRINA DE OLIVEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 358.398.698-99

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 3.374,40

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 07871239

Chave de Segurança: CU99P7TY935HZQVV

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:28:44

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 4894 / 1288 / 000857255452-0

Dados do Destinatário

Nome: JOELMA S DA SILVA

Valor: R\$ 819,48

Informações do Pagamento

Data da Transação: 04/12/2024

Código da Operação: 041351

Chave de Segurança: 7S6RYW77M9V981K8

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000011419-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LEONILSA CALDEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 164.551.548-60

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.801,51

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 07935783

Chave de Segurança: A8HRNRU2G1Q5ZA54

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/0335/00001052886-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LILIANE DOS SANTOS DA SILVA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 155.842.218-80

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 2.730,72

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 08052566

Chave de Segurança: Z4GWCSK5R48USSKL

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5290/00000006415-2

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MARIA CLAUDIA OTUZI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 081.307.208-50

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 5.070,96

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 08137872

Chave de Segurança: F9PGPGJS9H9U8JH7

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/7395/00000027676-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 072.154.534-30

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.282,59

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 08228905

Chave de Segurança: E0JREMRWWL7S3LVH

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000501850-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MARLUCE PEREIRA SANTOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 088.377.256-63

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 238,33

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 16373971

Chave de Segurança: 5TPELUNNU7N2YCAK

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2254/00000033803-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SILVIA DE SOUZA YANSEN

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 287.939.998-01

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.522,68

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 16431579

Chave de Segurança: 4MNVKFLU7HK79H9

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2587/00000012806-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: RAFAELA DE SOUZA MILANESI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 109.935.539-74

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 3.374,40

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 08313025

Chave de Segurança: TPH7FYGZ9609EW0P

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0110/00000050222-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: TELMA APARECIDA ZANONI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 102.264.728-84

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 2.140,85

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 08396595

Chave de Segurança: 0HGF57MWV1846YPW

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00083096356-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: VITORIA MARIA ARTERO DA SILVA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 427.951.888-21

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 3.194,24

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 08504528

Chave de Segurança: KNXK3SJ0E5E978XG

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

PAGAMENTO EM DINHEIRO

Código	Nome do empregado	Identidade	CPF	Valor
Empregados				
8907	ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA	50.743.466	598.509.748-00	2.150,68
9070	ALDIR ALVES SILVA SOARES	599915870	005.642.725-58	960,93
9056	BRUNA CAROLAYNE DOS SANTOS G	21414204	149.651.286-30	1.375,52
9057	DEBORA CASSIANA DOS SANTOS	410043059	332.320.668-10	1.253,32
9063	ELISANGELA BUENO	238874862	168.496.508-07	1.229,22
9080	ERICA FERREIRA JORGE	63791063	080.789.446-08	62,66
8961	GABRIELA SABRINA DE OLIVEIRA	384610821	358.398.698-99	3.374,40
9072	JOELMA SANTOS DA SILVA	387163669	351.039.938-21	819,48
9034	LEONILSA CALDEIRA	206487903	164.551.548-60	1.801,51
8947	LILIANE DOS SANTOS DA SILVA	24442383X	155.842.218-80	2.730,72
9051	MARIA CLAUDIA OTUZI DE OLIVEIR	17.614.428	081.307.208-50	5.070,96
9065	MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA	697082246	072.154.534-30	1.282,59
9078	MARLUCE PEREIRA SANTOS	66233887x	088.377.256-63	238,33
8963	RAFAELA DE SOUZA MILANESI	146400426	109.935.539-74	3.374,40
8591	SILVIA DE SOUZA YANSEN	35151178	287.939.998-01	1.522,68
8908	TELMA APARECIDA ZANONI GONÇA	20.529.974	102.264.728-84	2.140,85
9050	VITORIA MARIA ARTERO DA SILVA	38.821.778	427.951.888-21	3.194,24
Empregados: 17		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 32.582,49

GARCA, 04/12/2024

Responsável:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:25:33

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000022968-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DENICLEIA DE OLIVEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 436.967.198-11

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 3.268,21

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 04/12/2024

Data da Operação: 04/12/2024

Código da Operação: 09365957

Chave de Segurança: U7P13RX20FL2UPMV

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS	
05 Município GARCA		06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 212.12157.93-3		11 Nome DENICLEIA DE OLIVEIRA SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ESTRADA HUGO PICCHI, 1440 - CHACARA				13 Bairro SANTA TEREZINHA	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-670	17 CTPS (nº, série, UF) 53010000000 - 359-S / SF	18 CPF 436.967.198-11
19 Data de Nascimento 24/12/1994		20 Nome da Mãe DINALVA SANTANA DE OLIVEIRA			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada					
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado					
23 Remuneração Mês Ant. 3.003,40		24 Data de Admissão 23/08/2024	25 Data do Aviso Prévio 20/11/2024	26 Data de Afastamento 20/11/2024	27 Cod. Afastamento PD0
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 20/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.814,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 188,27	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 750,85	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 750,85	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 250,28
69 - Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 76,29				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.830,54
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 165,89	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 56,31
114.1 IRRF	R\$ 340,13	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 562,33
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.268,21

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:26:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34194.99190 00030.190810 90206.850432 7 31148603000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA **CPF/CNPJ:** 13.254.314/0001-62

Nome/Razão Social: PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 29/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 04/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2988

Valor Calculado (R\$): 3026.85

Juros (R\$): 38.85

Valor Pago (R\$): 3026.85

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 04/12/2024 -

Código da operação: 39225486312

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Impresso pelo Sistema e-Forms - NDDigital S/A - Tel. (49) 3251-8000

Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 03/12/2024	
Beneficiário PAPEL. PLASTICO ITUPEVA LTDA CNPJ 13.254.314/0001-62					Agência/Código Beneficiário 2731/14860-3	
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final AV FRANCISCO NAKASATO 1355 ANEXO 1 S ROQUE D CHAVE ITUPEVA SP 13295 000						
Data do documento 06/11/2024	No. Do documento 0186397101		Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 06/11/2024	Nosso Número 109/02068504-3
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 3.019,08
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. BOLETO ORIGINAL: VCTO 29/11/2024 NO VALOR DE R\$ 2.988,00 VALOR A SER PAGO VALIDO APENAS PARA ESTA DATA DE VENCIMENTO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE CNPJ/CPF 045349461000102 Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Beneficiário Final:						

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09024 06850.432730 11486.030007 4 99190000301908

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 03/12/2024	
Cedente PAPEL. PLASTICO ITUPEVA LTDA CNPJ 13.254.314/0001-62					Agência/Código Cedente 2731/14860-3	
Data do documento 06/11/2024	No. Do documento 0186397101		Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 06/11/2024	Nosso Número 109/02068504-3
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 3.019,08
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente). BOLETO ORIGINAL: VCTO 29/11/2024 NO VALOR DE R\$ 2.988,00 VALOR A SER PAGO VALIDO APENAS PARA ESTA DATA DE VENCIMENTO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Sacado: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE CNPJ/CPF 045349461000102 Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Beneficiário Final:						

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	03104 / 1292 / 000578032686-6
Tipo de conta:	Não foi possível recuperar
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1229 / 00013003657-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	LEME E TRONCOSO GESTAO E SAUDE
CPF/CNPJ:	31.275.474/0001-70
Valor:	R\$ 200.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	04/12/2024
Data / Hora da operação:	04/12/2024 16:08:04

Código da operação:	24904264
Chave de segurança:	QE210NA8E58A8JMS

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: <http://www.barueri.sp.gov.br/nfe>	Data Emissão 01/11/2024		Hora Emissão 15:02	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA		
	Código Autenticidade 102Z.4445.0201.9312399-R		Número da Nota Série da Nota 000517			
				Número RPS	Série RPS	Data RPS

Prestador de Serviços LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE AVENIDA SAGITARIO , 138 - CONJUNTO COMERCIAL 1313B - TORR SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE CEP 06473-073 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 31.275.474/0001-70 Telefone Inscrição Municipal 4.94147-8 e-mail
--

Nome Tomador de Serviços		CPF/CNPJ			
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02			
Endereço		Complemento			
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50					
CEP	Bairro	Cidade	UF		
17402-064	WILLIAMS	GARCA	SP		
E-mail					
CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					
Qtde	Descrição do Serviço	Código Serviço	Alíquota	Valor Unitário	Valor Total
1	MEDICINA	040117212	2,00	720.850,00	720.850,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES

Serviços prestados conforme contrato de gestão nº 001/2024, firmado entre o tomador e o município de Louveira/SP nas especialidades: Clínica Médica e EM/Pediatria e EM/RT e Coordenações.
Plantões: CM 147 plantões R\$ 242.550,00/CM-EM 62 plantões R\$ 105.400,00/PED 124 plantões R\$ 223.200,00/PED-EM 62 plantões R\$ 114.700,00/(RT) R\$ 17.000,00/Coordenações: CM R\$ 9.000,00/PED R\$ 9.000,00
Valor total dos serviços referente ao período de 01/10 a 31/10: R\$ 720.850,00.
Local: LOUVEIRA/SP
CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 - VALOR LIQUIDO: R\$ 676.517,72.
Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.

VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 0,00	Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP
--	--

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
10.812,75	4.685,53	21.625,50	7.208,50

VALOR TOTAL DA NOTA 720.850,00

Fatura Nº	Valor da Fatura R\$	Forma Pagamento
Valor por Extenso		

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe	Código Autenticidade 102Z.4445.0201.9312399-R
RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	Número da Nota Série da Nota 000517
Local Data Assinatura	

10/01/2025



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202412042035e05c2dd512c

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 04/12/2024 às 17:38:00

Valor Original: R\$ 6.500,00 **Valor Atualizado:** R\$ 6.500,00 **Tarifa:** R\$ 8,50

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: MARCOS H S C S ADM

CNPJ: 55.889.524/0001-77

Instituição: BANCO INTER

Código da operação: 39237374263

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e

5

Código de Verificação de Autenticidade

3WX8KUW28

Data e Hora de Emissão da NFS-e

29/11/2024 às 19:15:33

Chave de Acesso

927851DTZ6VW1PPL2PJ3IY2UN0TIX6GM

Para certificação da autenticidade acesse

http://guarani.comunicapromissao.com.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS

Número do Processo

Município de Incidência do ISS

Local da Prestação

Exigível

PROMISSAO-SP

LOUVEIRA - SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

29/11/2024

Optante Simples Nacional

Incentivo Fiscal

Regime Especial Tributação

Tipo ISS

1 - Sim

2 - Não

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP) 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Cadastro

Nome/Razão Social

55.889.524/0001-77

00009361

00048782

MARCOS HENRIQUE SALAZAR CARSTEN SERVICOS ADM

Logradouro

Complemento

Bairro

AV PEDRO DE TOLEDO, 1277

Q.ANT 149 L.ANT 03

CENTRO

CEP

Cidade

Telefone

E-mail

16370-051

PROMISSÃO-SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

45.349.461/0001-02

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Logradouro

Complemento

Bairro

RUA DR. ORLANDO T SANTOS, 50

WILLIAMS

CEP/Cod.Postal

Cidade/País

Cod. IBGE

Telefone

E-mail

17402-064

GARCA - SP

3516705

14 35325198

clsato@ahbb.org.br

Discriminação dos Serviços					
Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário		Total
1,00	UN	Serviços Administrativos de Referência a Novembro/24 - Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antonio.	6.500,00		R\$ 6.500,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS				Construção Civil		
LC 116/2003: 17.03				Alíquota	Atividade Município	Código CNAE
Planejamento, coordenação, programação ou organização técnica, financeira ou administrativa				2,01%	0000170000003	8211300
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R\$ 6.500,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 6.500,00	R\$ 130,65	2 - Não	R\$ 0,00

Retenções de Impostos					
PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Valor Líquido da NFS-e: R\$ 6.500,00					Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

FATURAS: DEPÓSITO Venc: 05/12/2024 R\$ 6.500,00 Doc: 05 Obs: DEPÓSITO CONTA BANCO INTER -AG:0001 - CC:37484277-9 - PIX:55889524000177

RECEBI(EMOS) DE

MARCOS HENRIQUE SALAZAR CARSTEN SERVICOS ADM

O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 5 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 3WX8KUW28.

Data

CPF/RG

Assinatura

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 05/12/2024 às 10:26:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.99200 00002.500015 70004.002537 7 85183109000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: AUDIOCAR SOM A I LTDA ME **CPF/CNPJ:** 29.154.592/0001-88

Nome/Razão Social: AUDIOCAR SOM A I LTDA ME

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 04/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 04/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 250

Valor Calculado (R\$): 250

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 250

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 04/12/2024 -

Código da operação: 39240956871

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

	PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS			
	Data de Emissão 14/11/2024 13:50:24	Número da Nota 000175	Incentivo Fiscal Simples Nacional	
	Código de autenticação da NFSe: 1fh7f1tx1k00swk			

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS			
CPF/CNPJ.: 29.154.592/0001-88		Inscr./Munic.: 000020658	
Razão Social/Nome: AUDIOCAR SOM ACESSORIOS E INSULFIM LTDA - ME			
Endereço: BOIADA, DA		Nº 2344 Bairro: PINHEIRINHO	
Complemento:			
Município: VINHEDO		U.F.: SP CEP.: 13289462	Tel.:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO			
Documento: 45.349.461/0001-02			
Inscr./Estadual:			
Razão Social/Nome: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil			
Endereço: R. Luís M Cruz		Número: 63	
Bairro: Jardim Lago Azul		Complemento: AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO	
CEP.: 13.294-394		Cidade: LOUVEIRA / SP	
E-Mail:		País: BRASIL	

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE			
Endereço: BOIADA, DA		Número: 2344	
Bairro: PINHEIRINHO		Complemento:	
CEP: 13289462		Cidade: VINHEDO / SP	
		País: Brasil	

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO								
CONTRATO GESTÃO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA SP. SERVIÇO DE APLICAÇÃO DE INSULFILM LEITOSO BRANCO EM 03 VIDROS NA SALA DE MEDICAÇÃO. DADOS BANCÁRIOS AG 7785 C/C 18310-9 CHAVE PIX 19988565019.								
Atividade: 1401 - Lubrificacao, limpeza, lustracao, revisao, carga e recarga,conserto, restaura								
Aliquota da Atividade: 2,01%						Valor Bruto da Nota: R\$ 250,00		
Desconto Incondicional	INSS	IRRF(R\$)	CSLL	COFINS	PIS/PASEP	Deduções Previstas em Lei	Ded.Maternal/Outras Ded.	ISS Retido
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	()SIM (X)NAO

OBSERVAÇÕES			
I - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL II- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.			
Valor Total de Deduções	Base de Cálculo	Valor do ISS	Valor Líquido da Nota
R\$ 0,00	R\$ 250,00	R\$ 5,02	R\$ 250,00

OUTRAS INFORMAÇÕES			
- Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Emitida Conforme Decreto nº74 de 28/05/2010. - Para verificar a autenticidade desta Nota Fiscal acesse: http://www.nfevinhedo.com.br/validacao.php			

itaú

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04002.537787 51831.090009 1 99200000025000

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.

Vencimento
04/12/2024

Beneficiário

AUDIOCAR SOM A I LTDA ME

CNPJ/CPF: 29.154.592/0001-88

ESTRADA BOIADA, 2344, TERREO, 13284068 - NOVA VINHEDO - VINHEDO - SP

Agência/Código Beneficiário

7785/18310-9

Data do documento

14/11/2024

Núm. do documento

ahbb

Espécie Doc.

DS

Aceite

N

Data Processamento

14/11/2024

Nosso Número

157 / 00040025 - 3

Uso do Banco

Carteira

157

Espécie

R\$

Quantidade

Valor

(=) Valor do Documento

250,00

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 10,00%
PROTESTAR APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO
APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 10,00% AO MÊS

(-) Descontos/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

RUA LUÍZ MARTINS CRUZ, 13294394 - JD LAGO AZUL II - LOUVEIRA - SP

Beneficiário final:

CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica

itaú

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04002.537787 51831.090009 1 99200000025000

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.

Vencimento
04/12/2024

Beneficiário

AUDIOCAR SOM A I LTDA ME

CNPJ/CPF: 29.154.592/0001-88

ESTRADA BOIADA, 2344, TERREO, 13284068 - NOVA VINHEDO - VINHEDO - SP

Agência/Código Beneficiário

7785/18310-9

Data do documento

14/11/2024

Núm. do documento

ahbb

Espécie Doc.

DS

Aceite

N

Data Processamento

14/11/2024

Nosso Número

157 / 00040025 - 3

Uso do Banco

Carteira

157

Espécie

R\$

Quantidade

Valor

(=) Valor do Documento

250,00

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 10,00%
PROTESTAR APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO
APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 10,00% AO MÊS

(-) Descontos/Abatimento

(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

RUA LUÍZ MARTINS CRUZ, 13294394 - JD LAGO AZUL II - LOUVEIRA - SP

Beneficiário final:

CNPJ/CPF:

Ficha de Compensação
Autenticação mecânica

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:27:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/1229/00013003657-9

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LEME E TRONCOSO GESTAO E SAUDE

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 31.275.474/0001-70

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 276.517,72

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 06/12/2024

Data da Operação: 06/12/2024

Código da Operação: 55354198

Chave de Segurança: 8079XE1VWM9XRCNA

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: <http://www.barueri.sp.gov.br/nfe>	Data Emissão 01/11/2024		Hora Emissão 15:02	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA		
	Código Autenticidade 102Z.4445.0201.9312399-R		Número da Nota Série da Nota 000517			
				Número RPS	Série RPS	Data RPS

Prestador de Serviços LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE AVENIDA SAGITARIO , 138 - CONJUNTO COMERCIAL 1313B - TORR SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE CEP 06473-073 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 31.275.474/0001-70 Telefone Inscrição Municipal 4.94147-8 e-mail
--

Nome Tomador de Serviços		CPF/CNPJ			
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02			
Endereço		Complemento			
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50					
CEP	Bairro	Cidade	UF		
17402-064	WILLIAMS	GARCA	SP		
E-mail					
CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					
Qtde	Descrição do Serviço	Código Serviço	Alíquota	Valor Unitário	Valor Total
1	MEDICINA	040117212	2,00	720.850,00	720.850,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES

Serviços prestados conforme contrato de gestão nº 001/2024, firmado entre o tomador e o município de Louveira/SP nas especialidades: Clínica Médica e EM/Pediatria e EM/RT e Coordenações.
Plantões: CM 147 plantões R\$ 242.550,00/CM-EM 62 plantões R\$ 105.400,00/PED 124 plantões R\$ 223.200,00/PED-EM 62 plantões R\$ 114.700,00/(RT) R\$ 17.000,00/Coordenações: CM R\$ 9.000,00/PED R\$ 9.000,00
Valor total dos serviços referente ao período de 01/10 a 31/10: R\$ 720.850,00.
Local: LOUVEIRA/SP
CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 - VALOR LIQUIDO: R\$ 676.517,72.
Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.

VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 0,00	Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP
--	--

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
10.812,75	4.685,53	21.625,50	7.208,50

VALOR TOTAL DA NOTA 720.850,00

Fatura Nº	Valor da Fatura R\$	Forma Pagamento
Valor por Extenso		

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe		Código Autenticidade 102Z.4445.0201.9312399-R	
RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS		Número da Nota 000517	Série da Nota
Local	Data	Assinatura	

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:28:19

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23791.99260 00006.900019 69090.000002 0 84400439130

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO BRADESCO S/A

Código do Banco: 237 **Código do ISPB:** 60746948

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CAF- PRODUTOS HOSPITALARES **CPF/CNPJ:** 24.848.572/0001-93

Nome/Razão Social: CAF- PRODUTOS HOSPITALARES

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 10/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 06/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 690

Valor Calculado (R\$): 690

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 690

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 06/12/2024 -

Código da operação: 39342238163

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



Cirúrgica
e Ótica

Número da Nota de Débito: 005

Data da Emissão: 05/12/2024

LOCADOR

CAF – CAF COMERCIO E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA

CNPJ 24.848.572/0001-93 IE 795.719.662.115

Endereço: AV OROSIMBO MAIA, 921 VILA ITAPURA (Campinas)

Fone: 19 3367-7333 / 3305-2645

E-mail: financeiro@cafcenter.com.br

Locatario

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Endereço: R LUIS MARTINS CRUZ, 63, SANTO ANTONIO, LOUVEIRA

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

NOTA DE DEBITO REFERENTE A LOCAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

Contrato 4410, 4403, 4404, 4406 e 4407

Pagamento 10/12/2024 ref ao periodo de 27/11/2024 a 27/12/2024

001/2024 órgão: prefeitura municipal de louveira.

ITEM	Qtd	Unitário	Total
LOCAÇÃO CADEIRA DE RODAS M1 45,5cm	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00
LOCAÇÃO CADEIRA DE RODAS M1 43cm	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00
LOCAÇÃO CADEIRA DE RODAS ITAIPU J3	1	R\$ 140,00	R\$ 140,00
LOCAÇÃO CADEIRA DE RODAS ITAIPU J3	1	R\$ 110,00	R\$ 110,00
LOCAÇÃO CADEIRA DE RODAS BIG	1	R\$ 160,00	R\$ 160,00
VALOR TOTAL DA NOTA			R\$ 690,00

Informações Adicionais:

Banco bradesco Ag 1969 C/C 43913-4 PIX CNPJ 24848572000193

OPERAÇÃO NÃO SUJEITA AO I.S.S DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR 116/03

Lei nº 8.846, de 1994, art, 1º, Locação de bens móveis. Comprovação de receita. Impossibilidade de emissão de nota fiscal. O auferimento de receitas pelas pessoas jurídicas, quando desobrigadas ou impossibilitadas de emissão de nota fiscal ou documento equivalente, em razão da não-autorização para impressão pelo órgão competente, deve ser comprovado com documentos de indiscutível idoneidade e conteúdo esclarecedor das operações a que se refiram, tais como recibos, livros de registro, contratos etc. desde que a lei não imponha forma especial.

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

RECEBIDO / NOME

DATA

**237-2****23791.96906 90000.002080 44004.391304 1 99260000069000**

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO Pagável preferencialmente na Rede Bradesco						
BENEFICIÁRIO CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E 24.848.572/0001-93 AV OROSIMBO MAIA, 921 - VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP						
DATA DOCUMENTO 27/06/2024	NÚMERO DO DOCUMENTO 20844	ESPÉCIE DO DOCUMENTO DM	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 05/12/2024		
USO DO BANCO	CARTEIRA 09	ESPÉCIE MOEDA R\$	QTDE MOEDA	VALOR X		
INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) Cobrar juros de mora de R\$ 0,24 por dia de atraso e Multa de 2,00 % sobre o valor do débito. Docto: CONTRATO 4403 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4403 5/5 -						
UNIDADE CEDENTE					VENCIMENTO 10/12/2024	
PAGADOR ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02 R LUIS MARTINS CRUZ, 63 13291-010 SANTO ANTONIO LOUVEIRA - SP					AGÊNCIA / CÓDIGO BENEFICIÁRIO 1969-0 / 0043913-4 NOSSO NÚMERO 09 / 00000020844-5 (=) VALOR DO DOCUMENTO 690,00 (-) DESCONTO (-) OUTRAS DEDUÇÕES / ABATIMENTOS (+) MORA / MULTA / JUROS (+) OUTROS ACRÉSCIMOS (=) VALOR COBRADO	
SACADOR / AVALISTA					AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

Insertsoft SAT

**237-2****23791.96906 90000.002080 44004.391304 1 99260000069000**

LOCAL DE PAGAMENTO Pagável preferencialmente na Rede Bradesco					VENCIMENTO 10/12/2024	
BENEFICIÁRIO CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E 24.848.572/0001-93 AV OROSIMBO MAIA, 921 - VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP					AGÊNCIA / CÓDIGO BENEFICIÁRIO 1969-0 / 0043913-4 NOSSO NÚMERO 09 / 00000020844-5 (=) VALOR DO DOCUMENTO 690,00 (-) DESCONTO (-) OUTRAS DEDUÇÕES / ABATIMENTOS (+) MORA / MULTA / JUROS (+) OUTROS ACRÉSCIMOS (=) VALOR COBRADO	
DATA DOCUMENTO 27/06/2024	NÚMERO DO DOCUMENTO 20844	ESPÉCIE DO DOCUMENTO DM	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 05/12/2024		
USO DO BANCO	CARTEIRA 09	ESPÉCIE MOEDA R\$	QTDE MOEDA	VALOR X		
INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário) Cobrar juros de mora de R\$ 0,24 por dia de atraso e Multa de 2,00 % sobre o valor do débito. Docto: CONTRATO 4403 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4403						
UNIDADE CEDENTE						
PAGADOR ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02 R LUIS MARTINS CRUZ, 63 13291-010 SANTO ANTONIO LOUVEIRA - SP						
SACADOR / AVALISTA					AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO	



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:28:19

Banco Recebedor: BANCO INTER S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 07791.99250 00000.550000 01112.071050 6 90133813041

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO INTER S/A

Código do Banco: 77 **Código do ISPB:** 416968

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C **CPF/CNPJ:** 67.251.314/0001-38

Nome/Razão Social: KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 09/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 06/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 55

Valor Calculado (R\$): 55

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 55

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 06/12/2024 -

Código da operação: 39342232406

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.001.892 SÉRIE: 1

 KAUPLAST	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA KAUPLAST RUA MARIO P DUTRA, 428 - RESIDENCIA LOUVEIRA - SP CEP: 13.290-000 FONE: (19)3878-2432	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA 1 Nº 000.001.892 SÉRIE: 1 Página: 1 de 1	CONTROLE DO FISCO 
			CHAVE DE ACESSO 3524 1267 2513 1400 0138 5500 1000 0018 9210 0001 8659 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	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242791924846 02/12/2024 12:01:48
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421007903113	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. CNPJ 67.251.314/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	02/12/2024
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	CEP 17.402-064	DATA ENTRADA / SAÍDA 02/12/2024
MUNICÍPIO GARÇA	FONE / FAX 11973681416	UF SP	HORA ENTRADA / SAÍDA 12:01:00

FATURA / DUPLICATA			
001-1	55,00	09/12/2024	

CALCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CALCULO D ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	55,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	21,15
								VALOR TOTAL DA NOTA	55,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS							
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 3 - Remetente		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CÓDIGO DE BARRAS	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR APROX. TRIBUTOS	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7518	DIABO VERDE DESENTUPIDOR LIQ 1L	7896495000174	27101932	0500	5405	UN	1,0000	55,0000	55,00	21,15		0,00			

CALCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPIN. CONTRATO DE GESTAO 001/2024 ORGAO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	



**KAUPLAST COMÉRCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO LTDA CNPJ: 67.251.314/0001-38
IE 421.007.903.113**

Tel.:19 3878-2432/19 98206-7383 EMAIL: kauplast@hotmail.com

R MARIO P.DUTRA, 428 - RESIDENCIAL BURCH

Pedido - Pendente

Nº 9517

19/11/2024 11:05:00

Dados do Cliente

Nome
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ
45.349.461/0001-02
Telefone
11973681416
E-mail
COMPRAS@LOUVEIRA.AHBB.ORG.BR

Dados da Entrega

Endereço
RUA DR ORLANDO T SANTOS
Bairro
WILLIAMS
Cidade
GARÇA
UF
SP

Número
50
Cep
17.402-064
Complemento
Retirada
Entrega

Produtos

Código	Produtos	U.M.	Qtde	Sem Desc R\$	Vir Unit. R\$	Vir Total R\$
7896495000174	DIABO VERDE DESENTUPIDOR LIQ 1L	UN	1,000	55,000	55,000	55,00
Total R\$						55,00

Observações

LUIZ

Totais do Pedido

Qtde	1
Total R\$	55,00
Desconto R\$	0,00
Sub Total R\$	55,00
Recebido R\$	0,00
Troco R\$	0,00

Vendedor

NAIARA

Autorizo e concordo com os itens acima discriminados.

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



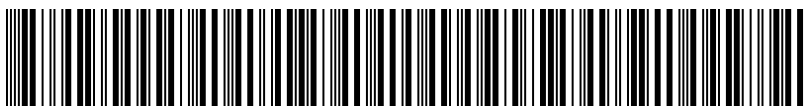
Boleto Pix
R\$ 55,00

Quem vai receber:
KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C

		Beneficiário	
		67.251.314/0001-38 - KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C	
		Endereço do Beneficiário	
		RUA MARIO PDUTRA 428 , 13290-000 LOUVEIRA - SP	
Pagador		Vencimento	Valor do Documento
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		09/12/2024	55,00
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número / Cód. do Documento		Autenticação Mecânica
00019/246019670	00019/112/9013381304-1		

		077-9		07790.00116 12071.050699 01338.130410 1 99250000005500	
Local De Pagamento				Vencimento	
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				09/12/2024	
Beneficiário				Agência / Código do Beneficiário	
67.251.314/0001-38 - KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C				00019/246019670	
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
02/12/2024	1892-1	DM	NÃO	02/12/2024	00019/112/9013381304-1
Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	Valor do Documento
	112	BRL			55,00
Informações de responsabilidade do beneficiário				(-) Desconto / Abatimento	
MULTA DE 3% EM 10/12/2024.MORA DE 3% A PARTIR DE 10/12/2024.				(-) Outras Deduções	
Data Limite para pagamento: 07/02/2025				(+) Mora / Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor cobrado	

Pagador	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS, 17402-064 GARÇA/SP	CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
Beneficiário Final	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C	CNPJ/CPF: 67.251.314/0001-38



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:28:19

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03397.99260 00001.600090 03708.400000 0 00019610101

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO SANTANDER S.A.

Código do Banco: 33 **Código do ISPB:** 90400888

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842 **CPF/CNPJ:** 33.955.620/0001-33

Nome/Razão Social: CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 10/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 06/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 160

Valor Calculado (R\$): 160

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 160

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 06/12/2024 -

Código da operação: 39342259184

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBI(EMOS) DE CLAUDIA DURVAL PEDROZA, OS PRODUTOS CONSTANTE DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO, BEM COMO ATESTAMOS QUE OS MESMOS FORAM EXAMINADOS, SERVINDO O ACEITE DA PRESENTE PARA TODOS OS EFEITOS LEGAIS.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

No. 000.001.717

SÉRIE 1

FENIX LIMP

CLAUDIA DURVAL PEDROZA

RUA SILVANA MELLI, 84 - 84

BELA VISTA - Osasco/SP

CEP: 06070230 - FONE: 11947507607

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

SAÍDA

No.000.001.717

SÉRIE 1

FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524 1133 9556 2000 0133 5500 1000 0017 1711 0275 1480

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 de mercadoria

INSCRIÇÃO ESTADUAL

120108030114

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

33.955.620/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

C.N.P.J./C.P.F.

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/11/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

11/11/2024

MUNICÍPIO

Garça

FONE/FAX

1633748438

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

14:14:32

FATURA/DUPPLICATAS

001: 10/12/2024 R\$160,00;

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

160,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACES.

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

160,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

0 - Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

C.N.P.J./C.P.F.

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

0,00

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,000

PESO LÍQUIDO

0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM	CFOP	UN.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	VICMS	V.IPI
169	14914 - BOBINA 40X60 -	39234000	5102	RL	2	28,00	56,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
829	SACO CRISTAL 10X30	39232190	5102	RL	2	52,00	104,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA ENTREGA RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63 JD LAGO AZUL CEP 13294-394 LOUVEIRA SP Trib aprox: Fed R\$ 28,50 (17,81%), Est R\$ 28,80 (18,00%). Fonte: IBPT/empresometro.com.br/SP - 96A549

RESERVADO AO FISCO

Sistema emissor: egestor.com.br



033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					10/12/2024
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842 - 33.955.620/0001-33 R SILVANA MELLI , 84 - BELA VISTA - OSASCO - SP - CEP: 06070230					0277 / 0037084
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
28/11/2024	1717	DM	NAO ACEITO	29/11/2024	0000000001961
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	RAPIDA C/REG	REAL		R\$ 0,00	R\$ 160,00

Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP

Beneficiário Final

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
JUROS DIARIO DE R\$ 0,10
COBRAR MULTA DE 8,00 APOS 11/12/2024

- 2ª via impressa via Internet Banking em 29/11/2024

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada



033-7

03399.00375.08400.000009.00196.101018.7.99260000016000

Local de Pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					10/12/2024
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842 - 33.955.620/0001-33 R SILVANA MELLI , 84 - BELA VISTA - OSASCO - SP - CEP: 06070230					0277 / 0037084
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
28/11/2024	1717	DM	NAO ACEITO	29/11/2024	0000000001961
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	RAPIDA C/REG	REAL		R\$ 0,00	R\$ 160,00
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 0,10 COBRAR MULTA DE 8,00 APOS 11/12/2024					(-) Descontos/Abatimento R\$ 0,00
					(+) Mora/Multa R\$ 0,00
					(=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP

Beneficiário Final:



Autenticação Mecânica

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	03399.00375 08400.000009 00196.201016 5 99250000029400
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	33
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842
Nome/Razão Social:	CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842
CPF/CNPJ:	33.955.620/0001-33
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	09/12/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	06/12/2024
Valor Nominal do Boleto:	294,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	294,00
Valor Pago (R\$):	294,00

Data/hora da operação:	06/12/2024 15:21:34
-------------------------------	---------------------

Código da operação: 39342327352 Chave de segurança: 9LRJQFQAWLEG618K

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					09/12/2024
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842 - 33.955.620/0001-33 R SILVANA MELLI , 84 - BELA VISTA - OSASCO - SP - CEP: 06070230					0277 / 0037084
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
28/11/2024	1718	DM	NAO ACEITO	29/11/2024	0000000001962
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	RAPIDA C/REG	REAL		R\$ 0,00	R\$ 294,00

Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP

Beneficiário Final

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
JUROS DIARIO DE R\$ 0,19
COBRAR MULTA DE 14,70 APOS 10/12/2024

- 2ª via impressa via Internet Banking em 29/11/2024

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada



033-7

03399.00375.08400.000009.00196.201016.5.99250000029400

Local de Pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER					09/12/2024
Beneficiário					Agência / Cod. Beneficiário
CLAUDIA DURVAL PEDROZA 17752784842 - 33.955.620/0001-33 R SILVANA MELLI , 84 - BELA VISTA - OSASCO - SP - CEP: 06070230					0277 / 0037084
Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
28/11/2024	1718	DM	NAO ACEITO	29/11/2024	0000000001962
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	RAPIDA C/REG	REAL		R\$ 0,00	R\$ 294,00
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 0,19 COBRAR MULTA DE 14,70 APOS 10/12/2024					(-) Descontos/Abatimento R\$ 0,00
					(+) Mora/Multa R\$ 0,00
					(=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP

Beneficiário Final:



Autenticação Mecânica

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:27:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00067010443-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LUCIANO NICODEMI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 46.500.314/0001-54

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 2.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 06/12/2024

Data da Operação: 06/12/2024

Código da Operação: 60276992

Chave de Segurança: V2AHYX2T0ERNUFU

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Chave de Acesso da NFS-e
35273062246500314000154000000000001924125021036571



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Número da NFS-e 19	Competência da NFS-e 04/12/2024	Data e Hora da emissão da NFS-e 04/12/2024 10:52:12
Número da DPS 19	Série da DPS 900	Data e Hora da emissão da DPS 04/12/2024 10:52:11

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 46.500.314/0001-54	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 9374-3050
Nome / Nome Empresarial 46.500.314 LUCIANO NICODEMI JUNIOR		E-mail LUCIANO.VINHEDO@GMAIL.COM	
Endereço ERMELINDA MARTINI STECK, 20, JARDIM BANDEIRANTES		Município Louveira - SP	CEP 13290-240
Simplex Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	

TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		E-mail -	
Endereço DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS		Município Garça - SP	CEP 17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 08.02.01 - Instrução, treinamento, orientação pedagógica e educacion...	Código de Tributação Municipal -	Local da Prestação Louveira - SP	País da Prestação -
Descrição do Serviço Serviços Administrativos - Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio Suporte das 18:00 as 00:00 Valor total referente a 01/11/2024 a 30/11/2024 - R\$ 2000,00 SHOPPER APPLE AGENCIA: 0001 CONTA: 67010443-4 BANCO:0260			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	País Resultado da Prestação do Serviço -	Município de Incidência do ISSQN Louveira - SP	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tipo de Imunidade -	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Valor do Serviço R\$ 2.000,00	Desconto Incondicionado -	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
BC ISSQN -	Alíquota Aplicada -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	CP -	CSLL -	
PIS -	COFINS -	Retenção do PIS/COFINS -	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 2.000,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 2.000,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais -	Estaduais -	Municipais -
----------------------	-----------------------	------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NFSe Subst: 35273062246500314000154000000000001724120272548150

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:27:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00010534777-9

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GILENE FERNANDES DE SOUSA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 28.370.155/0001-39

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 7.264,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 06/12/2024

Data da Operação: 06/12/2024

Código da Operação: 60385983

Chave de Segurança: KXFAKS55MUG4VZTV

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Chave de Acesso da NFS-e
35273062228370155000139000000000002624122749589216



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

Número da NFS-e 26	Competência da NFS-e 03/12/2024	Data e Hora da emissão da NFS-e 03/12/2024 14:40:33
Número da DPS 19	Série da DPS 900	Data e Hora da emissão da DPS 03/12/2024 14:40:32

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 28.370.155/0001-39	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 3846-7900
Nome / Nome Empresarial GILENE FERNANDES DE SOUSA 30345566831		E-mail GILENE555@GMAIL.COM	
Endereço FREDERICO POLOZZI, 166, SAGRADO CORACAO DE JESUS		Município Louveira - SP	CEP 13290-000
Simplex Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	

TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		E-mail -	
Endereço DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS		Município Garça - SP	CEP 17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 26.01.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondência...	Código de Tributação Municipal -	Local da Prestação Louveira - SP	País da Prestação -
Descrição do Serviço Prestacao de serviço coleta Contrato de Gestao 001/2024 Órgão:Prefeitura Municipal de Louveira-Hospital Santo Antônio Mês de referência novembro.....			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Imunidade	País Resultado da Prestação do Serviço -	Município de Incidência do ISSQN Nenhum	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tipo de Imunidade Patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei (CF88, Art 150, VI, "c")	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Valor do Serviço R\$ 7.264,00	Desconto Incondicionado -	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
BC ISSQN -	Alíquota Aplicada -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF -	CP -	CSLL -	
PIS -	COFINS -	Retenção do PIS/COFINS -	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL -

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 7.264,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 7.264,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais -	Estaduais -	Municipais -
----------------------	-----------------------	------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:27:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00028723766-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ELAINE R DE OLIVEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 37.257.070/0001-30

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 15.753,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 06/12/2024

Data da Operação: 06/12/2024

Código da Operação: 57041239

Chave de Segurança: VFPCZ3UZQKUS6H56

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Prefeitura do Município de Osasco
Secretaria de Finanças



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Prestados - NF-e

Série: E	Nota No.: 52	Emissão: 12/11/2024		
PRESTADOR DE SERVIÇOS Razão Social/Nome: ELAINE R D OLIVEIRA NEGOCIOS CNPJ/CPF: 37.257.070/0001-30 Inscrição Municipal: 0000176816 Endereço: AVENIDA CAETANO DE CAMPOS, 102 - Bela Vista - 06070260 Município: Osasco UF: SP Fone: (11) 4015-5954				
TOMADOR DO SERVIÇO Razão Social/Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: Endereço: AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - CIDADE LINS - 46400400 Município: Osasco UF: SP				
ATIVIDADE: 7.10 - Limpeza, manutenção e conservação de vias e logradouros públicos, imóveis, chaminés, piscinas, parques, jardins e congêneres.				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E OUTRAS INFORMAÇÕES: Contrato de gestão 001/2024. Prefeitura de Louveira. Prestação de serviços de higienização e Limpeza em Hospital Santo Antônio em Novembro/2024. 11% INSS: R\$1.947,00 ISS RETIDO Banco: 336-Banco c6 S.A. Agencia: 0001 Conta Corrente: 28723766-4				
(A)	C = (A)	(E)	F = (C * E %)	
Valor Serviço	Base de Cálculo	Alíq. (%):	Valor ISS	Ref.:
17.700,00	17.700,00	*3,39	*600,03	11/2024
Impostos Adicionais (Os valores informados são de responsabilidade do emissor):				(A)
IR (R\$):	Cofins (R\$):	CSLL (R\$):	Valor Total da Nota	
INSS (R\$): 1.947,00	Pis/Pasep (R\$):	Outros (R\$):	17.700,00	
Local da prestação do serviço: RUA DALVO LUIZ MARTINS CRUZ 13291010 LOUVEIRA/SP				
Verifique a autenticidade desta nota no site http://nfe.osasco.sp.gov.br através do código: VKUKHFLO				
INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Nota fiscal emitida em 12/11/2024 às 17:09 Iss Retido ou Devido fora do município (Substituição Tributária) * Prestador de Serviço enquadrado no SIMPLES NACIONAL Prestador de Serviço enquadrado em regime de 'ISS Auto-Lançado'				

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 06/12/2024 às 17:27:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 756/3191/00000015633-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: CAJ MATERIAIS ELETRICOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 07.552.353/0001-43

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 16,50

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 06/12/2024

Data da Operação: 06/12/2024

Código da Operação: 60463364

Chave de Segurança: 07EK4C325L96HNQH

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RECEBEMOS DE CAJ MATERIAIS ELETRICOS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e											
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR												
Caj Materiais Eletricos Rua São Carlos, 422 jardim lago azul 2 - CEP:13290000 LOUVEIRA / SP Fone: -		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída Nº 1534 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1											
													
CHAVE DE ACESSO 35241207552353000143550010000015341562823143													
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora													
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242795899691											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421081341111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA		CNPJ 07552353000143										
DESTINATÁRIO/REMETENTE													
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ		CNPJ 45349461000102	DATA DA EMISSÃO 02/12/24 00:00										
ENDEREÇO Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 -	BAIRRO/DISTRITO Williams	CEP 17402064	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 02/12/2024										
MUNICÍPIO GARÇA	FONE/FAX - 1938483554	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL										
HORA DE SAÍDA 00:00:00													
FATURA/DUPLICATA													
Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS ST 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 16,50					
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00					
TOTAL DOS IMPOSTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 16,50											
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS													
RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA 9 - Sem frete		CÓDIGO ANTT		PLACA VEÍCULO		UF	CNPJ/CPF			
ENDEREÇO				MUNICÍPIO			UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL				
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE Volume		MARCA Diversos		NUMERAÇÃO 01		PESO BRUTO 0,00		PESO LÍQUIDO 0,00				
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH.	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	
659	ARRUELA LISA ZINCADA 1/4	73181500	0102	5405	UN	110,00	0,1500	16,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CÁLCULO DO ISSQN													
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00		VALOR DO ISSQN 0,00							
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Total aproximado dos Tributos 2.44 Federal, 2.97 Estadual, 0.00 Municipal, Fonte IBPT/empresometro.com.br 20.2.C						RESERVADO AO FISCO							

CARTA DE CORREÇÃO

CNPJ/CPF
07552353000143

CHAVE DE ACESSO
35241207552353000143550010000015341562823143

LOTE
1

ORGÃO
35

PROTOCOLO
135242808819581

TIPO EVENTO
110110

DATA
2024-12-03T17:30:30-02:00

Informações faltantes: CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS L
TDA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848-4513

E-Mail: cajmateriaiseletricos.vend
as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastrado: 45349461000102

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN

EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id.
984)

End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50

Bairro: Williams

Município: Garça - SP

Fone: 1938483554 / 1938483532

E-Mail: compras@louveira.ahbb.org.
br

Numero do pedido: 182291

Funcionário: Baldo

Terminal: 004

Data: 26/11/2024 às 14:11:45 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
------------------------	-------	---------	---------

9096-ARRUELA LISA ZINCADA 1/4	110	0,15	16,50
-------------------------------	-----	------	-------

Soma do pedido

16,50

Convênio

16,50

Valor Acumulado

1168,30

Data de Vencimento da Venda: 26/12/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 110

----- SantSystem -----

| (11)4493-6100 - www.santsystem.com.br |

| WhatsApp: (11)4493-6100 |

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -

- SEM VALOR FISCAL -

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/12/2024 às 10:42:01

Banco Recebedor: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 10491.99280 00005.090096 01740.000100 0 40000033999

Instituição Emissora - Nome do Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código do Banco: 104 **Código do ISPB:** 360305

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES **CPF/CNPJ:** 33.190.250/0001-90

Nome/Razão Social: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 12/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 10/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 509

Valor Calculado (R\$): 509

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 509

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 10/12/2024 -

Código da operação: 39542620104

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

NF-e

Nº 003399

Série 1

Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA
RUA ANTONIO DURÃO, 76,
ANEXO B, ALVORADA
14.140-000 - Cravinhos - SP
Fone (16) 2122-9999 -
medicinalli.vendas@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0-Entrada

1-Saída

1

Nº 003399

SERIE: 1

Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso

3524 1133 1902 5000 0190 5500 1000 0033 9914 7652 6242

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 de mercadorias

Inscrição Estadual

279.051.035.110

Protocolo de autorização de uso

135242583608277 12/11/2024 10:20:22

Inscr.est. do subst.trib.

CNPJ

33.190.250/0001-90

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço

Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

Município

Garça

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Inscrição Estadual

Bairro

Williams

CEP

17.402-064

UF

SP

Fone/Fax

(16) 3374-8438

Data emissão

12/11/2024

Data saída

12/11/2024

Hora saída

10:20:19

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	12/12/2024	509,00						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	509,00
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	509,00

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
	0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)				
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1	Volume(s)			0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	ELETRODO PARA DESFIBRILADOR INSTRAMED	90189096	0102	5.102	UN	1,00	509,00	509,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
11419	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações

MEDICINALLI, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
PIX CNPJ: 33.190.250/0001-90. (Em caso de emissão de boleto, o pagamento deverá ser realizado impreterivelmente através do mesmo).
Total aproximado de tributos: R\$ 58,38 (11,47%) .
Endereço de entrega: Rua Luiz Martins Cruz n 63 Jardim Lago Azul CEP: 13.294-394
Cidade Louveira-SP. Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira.

Reservado ao fisco

12/11/2024 10:20:51

BOLETO EM ANEXO

BOLETO EM ANEXO

GERENCIADOR CAIXA		COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA				
104-0		10499601704000010004600000339994199280000050900				
Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES			CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90		Ag. / Cód. do Beneficiário 1942 / 960174	
Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS				UF SP		CEP 14140-000
Data do documento 12/11/2024		Nº documento 3399		Aceite SIM		Data do processamento 12/11/2024
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL					CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	
Endereço do Pagador R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, nº 50, , VILA WILLIAMS, GARCA					UF SP	CEP 17402-064
Sacador / Avalista					CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 0,33 REAL AO DIA MULTA : 10,18 REAIS A PARTIR DE 13/12/2024						
Carteira RG		Espécie DOC DM		Vencimento 12/12/2024		Valor do documento 509,00
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br					Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	
GERENCIADOR CAIXA		104-0		10499601704000010004600000339994199280000050900		
Local De Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE					Vencimento 12/12/2024	
Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS					33.190.250/0001-90 Ag. / Cód. do Beneficiário 1942 / 960174	
Data do documento 12/11/2024		Nº documento 3399		Espécie Doc DM		Aceite SIM
Data do processamento 12/11/2024		Nosso Número 14000000000003399 - 0				
Uso do Banco		Carteira RG		Moeda REAL		Qtde. moeda Valor
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 0,33 REAL AO DIA MULTA : 10,18 REAIS A PARTIR DE 13/12/2024					(-) Desconto 0,00	
					(-) Outras Deduções/Abatimento 0,00	
					(+) Mora/Multa/Juros 0,00	
					(+) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado 0,00	
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL					CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Endereço: R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, nº 50, , VILA WILLIAMS, GARCA					UF: SP	CEP: 17402-064
Sacador/Avalista:					CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00	
					Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação	
						

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/12/2024 às 10:42:01

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34192.99270 00003.173810 90001.546800 1 36553047000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP **CPF/CNPJ:** 05.626.896/0001-32

Nome/Razão Social: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 11/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 10/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 317.38

Valor Calculado (R\$): 317.38

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 317.38

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 10/12/2024 -

Código da operação: 39542655250

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 11/12/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 13/11/2024	Nº do Documento 000000108059A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 13/11/2024		Carteira/Nosso Número 109/00015468-0	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 317,38	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1.05 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6.35 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000108059A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						(=) Valor Cobrado	
Sacador/Avalista:						109/00015468-0	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01546.800135 65530.470007 2 99270000031738			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 11/12/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 13/11/2024	Nº do Documento 000000108059A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 13/11/2024		Carteira/Nosso Número 109/00015468-0	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 317,38	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1.05 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6.35 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000108059A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						(=) Valor Cobrado	
Sacador/Avalista:						109/00015468-0	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/12/2024 às 10:42:01

Banco Recebedor: CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 40398.99260 00032.900000 00010.710409 0 11129422101

Instituição Emissora - Nome do Banco: CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A.

Código do Banco: 403 **Código do ISPB:** 37880206

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda **CPF/CNPJ:** 10.710.409/0001-55

Nome/Razão Social: Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda

Pagador Sacado

Nome Fantasia: Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 10/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 10/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3290

Valor Calculado (R\$): 3290

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 3290

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 10/12/2024 -

Código da operação: 39542658403

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

17015-341 - RUA ARAUJO LEITE - CENTRO - BAURU - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Competência
12/2024

S

Número RPS:
7716Número Nota Fiscal:
9952Data Emissão
04/12/2024

SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA

17016-230 - RUA LUSO-BRASILEIRA, 4-44 SALA 709 ANDAR 7 BLOCO A -
BAURU - SP - CEP: 17016-230

CNPJ/CPF: 10.710.409/0001-55

Inscr. Estadual/RG:

Email: MARCIO@SINCONECTA.COM.BR

Telefone: (14) 8115-9000

CCM 549188

Local do Serviço: 2 - SERVIÇO PRESTADO FORA DO MUNICÍPIO DE BAURU

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Município da Prestação: Garça - SP

Sub item da lista de serviço: 1.06 - Assessoria e consultoria em informática

Exigibilidade ISS: Exigível

Incentivo Fiscal: NÃO

Regime ISS: Movimento

Local de Incidência: Bauru - SP

Dados do Tomador de Serviço

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

R DR ORLANDO T SANTOS, 50 - WILLIAM

Garça - SP - - CEP: 17402064

CNPJ/CPF: 45349461000102

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

E-mail: clsato@ahbb.org.br

End. Cobrança: R DR ORLANDO T SANTOS

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	UN	REF AO USO DA PLATAFORMA SINC.CARE PROD NOVEMBRO DE 2024 PRO PREF DE LOUVEIRA GESTAO 001-2024 Trib aprox R\$: 442,51 Federal e 128,64 Municipal Fonte: IBPT 18.1.A	3.290,00	3.290,00

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

Observação:

Total dos Serviços	3.290,00
Total de Deduções	0,00
Desc. Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	3.290,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00 % 65,80
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota		RETENÇÕES										Total Liquido			
3.290,00	ISS	0.00	IRRF	0.00	PIS	0.00	COFINS	0.00	CSLL	0.00	INSS	0.00	OUTROS	0.00	3.290,00

Esta é a chave de validação: FZGL-COVR

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.bauru.sp.gov.br

Um banco exclusivo para empresas.
Acesse ou clique: cora.com.br



A parte simples do seu negócio.



Valor
R\$ 3.290,00



Vencimento
10/12/2024

Beneficiário

Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CNPJ 10.710.409/0001-55

Descrição

Recorrencia Sinc.care
REF AO USO DA PLATAFORMA SINC.CARE PROD
11/24 NFES 9952

Antes do vencimento

R\$ 0,00
desconto

Após o vencimento

R\$ 65,80 1,00%
multa juros

Intermediado por: Cora Sociedade de Crédito
Direto
CNPJ 37.880.206/0001-63



Escaneie o QR code ou código de barras



Código de pagamento para copiar:

40390.00007 10710.409011
11294.221012 8 99260000329000



Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo



Data de emissão: 04/12/2024

Tudo na Cora é tão simples quanto emitir este boleto. Abra sua conta grátis.

Cora | 403-9 |

40390.00007 10710.409011 11294.221012 8 99260000329000

Local de Pagamento Pagável em qualquer agência bancária				Vencimento 10/12/2024	
Beneficiário Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda		CPF/CNPJ do Beneficiário 10.710.409/0001-55		Agência/Código do Beneficiário 0001	
Data do Documento 04/12/2024		Nr. do Documento 111294221		Nosso Número 107104090111294221	
Uso do Banco	Carteira 01	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento 3.290,00
Após o vencimento, aplicar multa de R\$ 65,80 e juros de 1,00% ao mês.					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil - CNPJ 45.349.461/0001-02					
Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/12/2024 às 10:41:27

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00240339491-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ADM ADMINISTRACAO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 46.600.203/0001-10

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 10.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 10/12/2024

Data da Operação: 10/12/2024

Código da Operação: 02143072

Chave de Segurança: AJX5LETPHJQ5STZ8

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Nº:2024/6

Emitida em:

05/12/2024 às 16:03:04

Competência:

05/12/2024

Código de Verificação:

b17aee63



ADM ADMINISTRAÇÃO E ASSESSORIA TÉCNICA EM SAÚDE LTDA

CPF/CNPJ: 46.600.203/0001-10

Inscrição Municipal: 1393705/001-8

AVE BARBACENA, 472, SALA:901;, Barro Preto - Cep: 30190-130

Belo Horizonte

MG

Telefone:

Email:

Tomador do(s) Serviço(s)

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

R DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS - Cep: 17402-064

Garça

Telefone: (16)3374-8438

Inscrição Municipal: Não Informado

SP

Email: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Discriminação do(s) Serviço(s)

Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio.

Faturamento referente aos serviços prestados como Diretor Administrativo, referente ao período de 01/11/2024 a 30/11/2024

Código de Tributação do Município (CTISS)

1702-0/06-88 / Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:

17.02 / Datilografia, digitacao, estenografia, expediente, secretaria em geral, resposta audível, redacao, edicao, interpretacao, revisao, traducao, apoio e infra-estrutura administrativa e congêneres.

Cod/Município da incidência do ISSQN:

3106200 / Belo Horizonte

Natureza da Operação:

Tributação no município

Regime Especial de Tributação: ME ou EPP do Simples Nacional

Valor dos serviços:	R\$ 10.000,00	Valor dos serviços:	R\$ 10.000,00
(-) Descontos:	R\$ 0,00	(-) Deduções:	R\$ 0,00
(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00	(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00
(-) ISS Retido na Fonte:	R\$ 0,00	(=) Base de Cálculo:	R\$ 10.000,00
Valor Líquido:	R\$ 10.000,00	(x) Alíquota:	-
		(=)Valor do ISS:	-

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.

Outras Informações:

Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 31062001246600203000110240000000000624126400171345.



Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Fazenda

Rua Espírito Santo, 605 - 3º andar - Centro - CEP: 30160-919 - Belo Horizonte MG.

Dúvidas: SIGESP



<https://bhissdigital.pbh.gov.br/nfse/pages/exibicaoNFS-e.jsf>

CS

CamScanner

1/1

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000065486-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MIKAELLY APARECIDA SILVA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 485.678.708-01

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.648,89

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 24491616

Chave de Segurança: CPJTC6XL2H291259

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS	
05 Município GARCA		06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 164.92847.37-8		11 Nome MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA DA LIBERDADE, 123				13 Bairro RESIDENCIAL CAVALLI	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-644	17 CTPS (nº, série, UF) 00731420000 - 00389 / SF	18 CPF 485.678.708-01
19 Data de Nascimento 15/12/2004		20 Nome da Mãe MARIA EUNICE DA SILVA			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado					
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado					
23 Remuneração Mês Ant. 2.132,53		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio 07/11/2024	26 Data de Afastamento 06/12/2024	27 Cod. Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 0/dias Salário (líquido de 8/faltas e DSR)	R\$ 0,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade ____%	R\$ 0,00	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	R\$ 996,42	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	R\$ 996,42	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 332,14
69 - Aviso-Prévio Indenizado /dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 102,22				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.427,20
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 513,87
103 Aviso-Prévio Indenizado1/dias	R\$ 79,71	112.1 Previdência Social	R\$ 0,00	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 74,73
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (Falta a maior)	R\$ 110,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 778,31
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.648,89

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:43:12

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 2949 / 1292 / 000578925833-2

Dados do Destinatário

Nome: PMP PROD MEDICOS PAULISTA LTDA

Valor: R\$ 18.530,60

Informações do Pagamento

Data da Transação: 12/12/2024

Código da Operação: 121545

Chave de Segurança: PE9ULLJRQ24M42AZ

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA

CNPJ: 54.719.688/0001-93 I.E.: 135.905.047.118

Rua: Madre Francesinha, 38 CEP: 14030-488

Ribeirão Preto - SP

RECIBO FATURA DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS

CONTRATO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTO

Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura Municipal de Louveira

Remetente: PMP Produtos Médicos Paulista Ltda ME

Vencimento: 05/12/2024

Valor Total: R\$ 18.530,60 (Dezoito mil, quinhentos e trinta reais e sessenta centavos)

Deposito Bancário:

Caixa Econômica Federal

AG – conta – 2949/ 003/ 00002914-9

Destinatário: _ ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL,
com sede na cidade de Garça/ SP, à Rua Dr. Orlando T. Santos 50 –
CEP 17402-064 Bairro Willians, inscrita no CNPJ 45.349.461/0001-02

Com início no dia 01/11/2024 e término no dia 30/11/2024_ devendo ser pago a em
deposito bancário até o dia 05/12/2024, referente ao mês de novembro.

As partes acima identificadas têm entre si justas e acertadas o pagamento do presente
recibo de locação do(s) seguinte(s) objeto(s):

10	Aparelhos de pressão arterial completo, com braçadeira nylon
01	Aspirador Cirúrgico completo
03	Balança infantil digital
06	Berço hospitalar infantil
03	Cama Hospitalar
02	Esfigmomanômetro de mesa completo
01	Lavadora ultrassônica manual (sem instalação)
02	Maca Ginecológica com gabinete, confeccionado em aço, 03 gavetas
01	Cadeira de banho para obeso, capacidade 160kg
02	Cadeira de banho adulto, capacidade 120 kg
07	Oxímetro portátil de pulso recarregável, com base para carregamento, sensor multiparâmetro adulto
03	Oxímetro portátil de dedo
03	Pares de grade para cama hospitalar
06	Colchão para cama infantil (berço)
05	Sensor multiparâmetro infantil para oxímetro portátil
10	Estetoscópio adulto/ infantil (10 adultos + 3 ped)



PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA

CNPJ: 54.719.688/0001-93 I.E.: 135.905.047.118

Rua: Madre Francesinha, 38 CEP: 14030-488

Ribeirão Preto - SP

Conforme Contrato de Locação

Ribeirão Preto, 02 de dezembro de 2024

**PMP
PRODUTOS
MEDICOS
PAULISTA
LTDA:
54719688000193**

Assinado digitalmente por PMP
PRODUTOS MEDICOS PAULISTA
LTDA: 54719688000193

DN: C=BR, O=ICP-Brasil, S=SP,
L=Ribeirão Preto, OU=AC SOLUTI
Multipla v5, OU=14000930000150,
OU=Presencial, OU=Certificado PJ
A1, CN=PMP PRODUTOS
MEDICOS PAULISTA LTDA:
54719688000193

Razão: I am the author of this
document

Localização: Ribeirão Preto - SP
Foxit Reader Versão: 9.6.0

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/0040/00013006441-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 12.106.772/0001-91

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 34.710,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 24682318

Chave de Segurança: L1C96SM31KN65M7T

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS E ECONOMIA
Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

21/NFS-E



Número / Série	21 / NFS-E	Emissão	29/11/2024 18:02:45	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	29/11/2024	Código de verificação	NLA4.LING.JKPD.SQXC	Exigibilidade	Exigível	RPS	

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E PORTARIA LTDA - ME
CPF / CNPJ: 12.106.772/0001-91 Reg.: Simples
Endereço: R. CURITIBA, 96 - Bairro: PARQUE DOS ESTADOS (Louveira) - Cep: 13290162
Telefone: (11)99231-9143 Município: Louveira - SP País: Brasil
Insc. Mun.: 015786 Cod. Mob.: 015786 Insc. Est.:
Email: contato@fortcorp.com.br
Nome Fant.: FORTCORP

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02 Reg.:
Endereço: R. DR ORLANDO T SANTOS, 50 - Bairro: Williams - Cep: 17402-004
Telefone: (16) 3374.8438 Município: Garça - SP País: Brasil
Insc. Mun.: Insc. Est.: 09.384.618/0001-77
Email: controladoria@ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

17.05 - FORNECIMENTO DE MÃO-DE-OBRA, MESMO EM CARÁTER TEMPORÁRIO, INCLUSIVE DE EMPREGADOS OU TRABALHADORES, AVULSOS OU TEMPORÁRIOS, CONTRATADOS PELO PRESTADOR DE SERVIÇO. (3,0329067 %)

* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
Controle de acesso 24h	R\$ 39.000,00	1,00	R\$ 39.000,00

Observações

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio

Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
0,00	4.290,00	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
39.000,00	1.182,83	0,00	39.000,00	3,0329067 %
Outras Retenções(R\$)	0,00		Valor Líquido:	R\$ 34.710,00

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por:FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E PORTARIA LTDA - ME

Recebi(emos) de FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E PORTARIA LTDA - ME, os serviços constantes da nota fiscal Nº 21, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/NLA4.LING.JKPD.SQXC>

Data: / /

Assinatura:

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0032/00000026224-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 25.134.494/0001-28

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 9.000,42

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 24735795

Chave de Segurança: X114L2R4U0GAMX38

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ - 45.349.461/0001-02
RUA DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - BAIRRO WILLIAMS - GARÇA
CONTRATO DE GESTÃO - 001/2024
PROC. ADM 071/2024
HOSPITAL SANTO ANTONIO - LOUVEIRA

RELATORIO MENSAL DE LOCAÇÃO DE ENXOVAL COM HIGIENIZACAO - AHBB - HOSPITAL SANTO ANTONIO LOUVEIRA - NOVEMBRO 2024

01/nov	02/nov	03/nov	04/nov	05/nov	06/nov	07/nov	08/nov	09/nov	10/nov	11/nov	12/nov	13/nov	14/nov	15/nov		T.KG	Preço kg	R\$ 7,80	vl total
85			87		90		93			89		83				527			R\$ 4.110,60
16/nov	17/nov	18/nov	19/nov	20/nov	21/nov	22/nov	23/nov	24/nov	25/nov	26/nov	27/nov	28/nov	29/nov	30/nov			Preço kg	R\$ 7,80	vl total
81		90		85		97			93			89		91,9		626,9			R\$ 4.889,82
																			R\$ 9.000,42

TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO
LTDA:25134494000128
128

Assinado de forma digital
por TDR CONSERVACAO E
MANUTENCAO
LTDA:25134494000128
Dados: 2024.12.02 15:52:50
-03'00'



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 25.134.494/0001-28

Certidão nº: 80364840/2024

Expedição: 21/11/2024, às 16:50:23

Validade: 20/05/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **25.134.494/0001-28**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



Prefeitura Municipal de Cajamar

Estado de São Paulo

CERTIDÃO NEGATIVA Nº 21457/2024 - VIA WEB

Certificamos que o contribuinte abaixo identificado não possui débito para com este município, referente a Taxas de Cadastro Mobiliário e ISS Fixo, ressalvando-se o direito à Fazenda Municipal de cobrar os débitos que venham a ser apurados ou que se verifiquem a qualquer tempo.

Código Contribuinte : 22229
Inscrição Cadastral : 22229
Nome Fantasia :
Nome Contribuinte : TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA
CNPJ / CPF : 25.134.494/0001-28

Endereço Empresa : Av. BENTO DA SILVA BUENO 1076
Bairro : PARAISO
Cidade : CAJAMAR
Estado : SP
CEP : 07794-105

Endereço de Entrega : Av. BENTO DA SILVA BUENO 1076
Bairro : PARAISO
Cidade : CAJAMAR
Estado : SP
CEP : 07793-690

Atividade : LAVANDERIAS

Validade desta Certidão: **90 dia(s)**

TERÇA-FEIRA, 24 DE SETEMBRO DE 2024

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada no site da Prefeitura Municipal de Cajamar, passando as seguintes informações:

Inscrição Cadastral : **22229**
Número de Controle : **27946742798644188**
Data da Emissão : **24/09/2024**
Hora da Emissão : **10:40:14**



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

Certidão Negativa de Débitos Inscritos da Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ Base: 25.134.494

Ressalvado o direito de a Fazenda do Estado de São Paulo cobrar ou inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade da pessoa jurídica/física acima identificada que vierem a ser apuradas, é certificado que:

não constam débitos inscritos em Dívida Ativa de responsabilidade do Interessado(a).

Tratando-se de CRDA emitida para pessoa jurídica, a pesquisa na base de dados é feita por meio do CNPJ Base, de modo que a certidão negativa abrange todos os estabelecimentos do contribuinte, cuja raiz do CNPJ seja aquela acima informada.



Certidão nº 62085036

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 13/11/2024 12:16:18

(hora de Brasília)

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

Certidão emitida nos termos da Resolução Conjunta SF-PGE nº 2, de 9 de maio de 2013.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio

<http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br>



Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ: 25.134.494/0001-28

Ressalvado o direito da Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo de apurar débitos de responsabilidade da pessoa jurídica acima identificada, é certificado que **não constam débitos** declarados ou apurados pendentes de inscrição na Dívida Ativa de responsabilidade do estabelecimento matriz/filial acima identificado.

Certidão nº 24080041196-81

Data e hora da emissão 02/08/2024 09:09:25

Validade 6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio www.pfe.fazenda.sp.gov.br



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA
CNPJ: 25.134.494/0001-28

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 12:01:49 do dia 25/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 22/12/2024.

Código de controle da certidão: **4632.D06E.7A59.47E0**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 25.134.494/0001-28
Razão Social: TDR CONSERVA??O E MANUTEN??O LTDA
Endereço: RUA CARDEAL 62 FRENTE / VILA NIVI / SAO PAULO / SP / 02255-100

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 24/10/2024 a 22/11/2024

Certificação Número: 2024102408394014251604

Informação obtida em 28/10/2024 16:33:07

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/6009/00000013017-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MRB MOREIRA CHAVEIROS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 46.389.859/0001-35

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 49,90

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 24832181

Chave de Segurança: H16C3E47CZ8RJFT9

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS E ECONOMIA
Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

251/NFS-E



Número / Série 251 / NFS-E Emissão 04/12/2024 10:31:16 Incidência Louveira (SP) ISS a reter Não
Prest. do Serviço 04/12/2024 Código de verificação QB53.P5Y3.QGK9.XSPG Exigibilidade Exigível RPS

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: MRB MOREIRA CHAVEIROS
CPF / CNPJ: 46.389.859/0001-35 Reg.: Simples
Endereço: R. ARMANDO STECK, 71 SALA 6 - Bairro: CENTRO (Louveira) - Cep: 13290003
Telefone: (19)99689-2556 Município: Louveira - SP País: Brasil
Insc. Mun.: 014851 Cod. Mob.: 014851 Insc. Est.:
Email: RANIANE.PEDRO@GMAIL.COM
Nome Fant.: CHAVEIRO M B

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02 Reg.:
Endereço: R. DR ORLANDO T SANTOS, 50 - Bairro: Williams - Cep: 17402-064
Telefone: 1633748438 Município: Garça - SP País: Brasil
Insc. Mun.: Insc. Est.: 09.384.618/0001-77
Email: financeiro@louveira.ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

24.01 - SERVIÇOS DE CHAVEIROS, CONFECÇÃO DE CARIMBOS, PLACAS, SINALIZAÇÃO VISUAL, BANNERS, ADESIVOS E CONGÊNERES. (2,00 %)
* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
Serviços De Carimbo	R\$ 49,90	1,00	R\$ 49,90

Observações

Gestão 001/2024 Prefeitura Municipal De Louveira

Dados Bancarios
AG 6009
CC 13017-6
Maria Raniane Bispo Moreira
Pagamento ate 10/12/2024

Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
49,90	1,00	0,00	49,90	2,00 %
Outras Retenções(R\$)				
0,00				
Valor Líquido:			R\$ 49,90	

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por:MRB MOREIRA CHAVEIROS

Recebi(emos) de MRB MOREIRA CHAVEIROS, os serviços constantes da nota fiscal Nº 251, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:
<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/QB53.P5Y3.QGK9.XSPG>

Data: / /

Assinatura:



- 

R. Armando Steck, 71 - Sala 06
Centro - Louveira/SP

GNPJ: 46.389.859/0001 35

[illegible]

Assinatura do Responsável

TOTAL R\$ _____

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 403/0001/00002903740-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 32.851.281/0001-82

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 12.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 24878861

Chave de Segurança: S7MFLZL4LHJCKNM6

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LOCADOS – NOVEMBRO/2024

Unidade: Hospital Santo Antônio- Município de Louveira/SP

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Aparelho móvel de 200 kva	01
CR – Digitalizadora	01

Sorocaba, 06 de dezembro de 2024.



Guandapar Empreendimentos Ltda
Cristiano R. Guandalini
Administrador

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000026544-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MERCADO SOARES MARTINS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 11.002.114/0001-97

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 68,44

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 24953846

Chave de Segurança: 6R2EZHULK2HX6QK7

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de MERCADO SOARES MARTINS LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 06/12/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ Valor Total: R\$ 68,44

DATA DO RECEBIMENTOIDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.003.797
Série 001

MERCADO SOARES MARTINS LTDA



R GILBERTO AJJAR, 168 - SANTO ANTONIO - LOUVEIRA - SP
Fone: (19)3848-4420 - CEP: 13290-000

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.003.797
SÉRIE 001
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3524 1211 0021 1400 0197 5500 1000 0037 9710 0000 8235

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
421085913113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ/CPF
11.002.114/0001-97

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135242846065220 - 06/12/2024 15:07:20

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
06/12/2024

ENDEREÇO
RUA DR.ORLANDO T.SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17.402-064

DATA DA SAÍDA
06/12/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
15:07

FATURA

DADOS DA FATURA

Número: 3797 - Valor Original: R\$ 68,44 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 68,44

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS SUBST.	VL IMP IMPORTAÇÃO	VL ICMS UF REMET	VALOR FCP	VALOR DO PIS	VL TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	68,44
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VL ICMS UF DEST	VALOR TOTAL TRIB	VALOR DO COFINS	VL TOTAL NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,75(8,40%)	0,00	68,44

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
9 - Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	% DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	IPI
7896098900208	DETERGENTE YPE NEUTRO 500ML	34029090	0102	5102	UN	5,00	2,69	0,00	13,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896952577423	BANHEIRA INFANTIL 23L	39221000	0500	5405	KG	1,00	54,99	0,00	54,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA CREDITO DE ICMS.
DADOS BANCARIOS:237-BRADESCO AGENCIA:2388 C/C:26544-6 MERCADO SOARES MARTINS LTDA ME CONTRATO 001/2024 GESTAO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 06/12/2024 15:07:47

Desenvolvido por: FM Sistemas

MERCADO MARTINS

R GILBERTO AJJAR, 168
SANTO ANTONIO - LOUVEIRA
TELEFONE: (19) 3848-4420
CNPJ: 11.002.114/0001-97

Data: 11/11/2024 Hora: 15:42:11
CUPOM NÃO FISCAL 201226

CLIENTE.: 0287-CLIENTES S/CADERNETA
ENDEREÇO: RUA GILBERTO AJJAR, 168
TELEFONE:

ITM	CÓD.	BARRAS	DESCRIÇÃO	QUANT.	X	V.UNIT	=	V. TOTAL
001	7896098900208		DETERG.YPE NEUTRO 500ML					
		02 UN	X			2,69	=	5,38+
TOTAL:								5,38=
CLIENTES:								5,38

OBRIGADO! AGRADECEMOS A PREFERÊNCIA.
VOLTE SEMPRE!

REC: 201226
operador: 7 ROBERTA

CAIXA: 001

MERCADO MARTINS
R GILBERTO AJJAR, 168
SANTO ANTONIO - LOUVEIRA
TELEFONE: (19) 3848-4420
CNPJ: 11.002.114/0001-97

Data: 02/12/2024 Hora: 15:17:13
CUPOM NÃO FISCAL 2395427

CLIENTE.: 0287-CLIENTES S/CADERNETA
ENDEREÇO: RUA GILBERTO AJJAR, 168
TELEFONE:

ITM	CÓD.	BARRAS	QUANT.	X	DESCRÇÃO	V.UNIT	=	V. TOTAL
001	7896952577423		1.000	KG	X	BANHEIRA INFANTIL 23L	54,99	= 54,99+
002	7896098900203		03	UN	X	DETERG.YPE NEUTRO 500ML	2,69	= 8,07+
TOTAL:							63,06=	
CLIENTES:							63,06	

OBRIGADO! AGRADECEMOS A PREFERÊNCIA.
VOLTE SEMPRE!

NC: 2395427
Operador: 17 IASNIM

CAIXA: 002

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00089115847-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: EDJALMA CAMPOS DA SILVA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 37.103.781/0001-50

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 59,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 12/12/2024

Data da Operação: 12/12/2024

Código da Operação: 25049489

Chave de Segurança: 7M4C33G763RR04A4

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Chave de Acesso da NFS-e

3527306223710378100015000000000005524124019120045

Número da NFS-e
55Competência da NFS-e
04/12/2024Data e Hora da emissão da NFS-e
04/12/2024 09:35:05Número da DPS
26Série da DPS
900Data e Hora da emissão da DPS
04/12/2024 09:35:05A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada
pela leitura deste código QR ou pela consulta da
chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e	CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
Prestador do Serviço	37.103.781/0001-50	-	(19) 7132-8809
Nome / Nome Empresarial		E-mail	
37.103.781 EDJALMA CAMPOS DA SILVA		EDJALMACAMPOS@GMAIL.COM	
Endereço		Município	CEP
LEONI BERTOLINE, 328, PARQUE BRASIL		Louveira - SP	13294-214
Simples Nacional na Data de Competência		Regime de Apuração Tributária pelo SN	
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		-	
TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
	45.349.461/0001-02	-	-
Nome / Nome Empresarial		E-mail	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR	
Endereço		Município	CEP
DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS		Garça - SP	17402-064

SERVIÇO PRESTADO INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
24.01.01 - Serviços de chaveiros, confeção de carimbos e congêneres.	-	Louveira - SP	-
Descrição do Serviço			
Confeção de duas chave, no valor de 9,00 reais cada. repara em uma porta, no valor de 50,00 reais. contrato de gestão 01/2024 prefeitura municipal de louveira.			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Louveira - SP	Nenhum
Tipo de Imunidade	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN	Número Processo Suspensão	Benefício Municipal
-	Não	-	-
Valor do Serviço	Desconto Incondicionado	Total Deduções/Reduções	Cálculo do BM
R\$ 59,00	-	-	-
BC ISSQN	Alíquota Aplicada	Retenção do ISSQN	ISSQN Apurado
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF	CP	CSLL	
-	-	-	
PIS	COFINS	Retenção do PIS/COFINS	TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-	-	-	-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R\$ 59,00	R\$	R\$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	PIS/COFINS Retidos		Valor Líquido da NFS-e
R\$ 0,00	-		R\$ 59,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Rua Leone Bertoline,32B / Louveira SP

Date: 15/11

TOTAL R\$

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:09

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.99310 00005.500010 90000.049437 1 93288599000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA **CPF/CNPJ:** 26.384.215/0001-47

Nome/Razão Social: SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 15/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 12/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 550

Valor Calculado (R\$): 550

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 550

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 12/12/2024 -

Código da operação: 39653198207

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



Telefone: (16) 3415-4507

Telephone:

Art. 3º O serviço considera-se prestado e o imposto devido no local do estabelecimento prestador.

330.00

4558

RECEBEMOS DE SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.		NF-e Número: 622 Série: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-SHIELD CONTROLE DE PRAGAS Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP (16) 3415-4507 - (16) 99751-8702	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-Entrada 1-Saída Número: 622 Série: 1 1/1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524.1126.3842.1500.0147.5500.1000.0006.2219.1111.6223 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		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242545022155 - 08/11/2024 12:22:31
INSCRIÇÃO ESTADUAL 637.567.250.113	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA	C.N.P.J. 26.384.215/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 08/11/2024
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 50		BAIRRO WILLIAMS	CEP 17.402-064
MUNICÍPIO GARÇA	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
			HORA DA SAÍDA 12:22:19

NÚMERO	VCTO.	VALOR	NÚMERO	VCTO.	VALOR	NÚMERO	VCTO.	VALOR	NÚMERO	VCTO.	VALOR
1	15/12/2024	550,00									

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	95,90	0,00	220,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL/NOME	FRETE POR CONTA Sem Frete	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO			MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 0	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0	PESO LÍQUIDO 0

	CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	Valor Aprox. dos Tributos
	8	BIGTRIN 200 CS	38089199	0102	5102	LT	0,1000	450,0000	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,44
	1	ADVION BARATA GEL TB	38089199	0102	5102	UN	2,0000	62,5800	125,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62,58
	24	PRODILON BLOCO EXTRUS. RB -Raticida 0,0025% Difethialona	38089996	0102	5102	KG	0,3000	166,1200	49,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,88

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 72104	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMACOES COMPLEMENTARES Descrição de serviço - Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio BOLETO COM VENCIMENTO EM 15/12/2024 REF 10/2024 - PARCELA 04/12 LEI COMPLEMENTAR No 116 - DE 31 DE JULHO DE 2003 - DOU DE 01/08/2003 Art. 3o O serviço considera-se prestado e o imposto devido no local do estabelecimento prestador. Total aproximado de tributos: R\$ 95,90 (43,59%) Fonte IBPT.	



Comprovante de Entrega

Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLO			Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9		Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Nosso Número 109/00000494-3		☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não Existe Nº Indicado ☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Falecido ☐ Desconhecido ☐ Endereço Insuficiente ☐ Outros (Anotar no Verso)	
Vencimento 15/12/2024	Nº do documento 883 - 1/1	Moeda R\$	Valor Documento 550,00			
Recebemos o Boleto	Data	Assinatura			Data	Entregador
Local de Pagamento					Data de Processamento 08/11/2024	



Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP				Vencimento 15/12/2024	(=) Valor do Documento 550,00
(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras Deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros Acréscimos		(=) Valor Cobrado
Data do documento 08/11/2024	Nº do documento 883 - 1/1	Espécie documento DM	Aceite N	Data do processamento 08/11/2024	Nosso Número 109/00000494-3
Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9
Nome do Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
Endereço R DR ORLANDO T SANTOS, 50 -					
Município GARCA				UF SP	CEP 17.402-064
Sacador / Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário QUALQUER DUVIDA SOBRE ESTE BOLETO CONTATE O BENEFICIARIO Numero da NF-e: 4558 - 1/1 Cobrar Juros de 0,17% ao dia e Multa de 4,00% após o Vencimento Juros: 0,92 Multa: 22,00 Cobrar Juros de 0,17% ao dia e Multa de 4,00% após o Vencimento					

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou
companhamento do recibo de pagamento emitido pelo banco.
Recebimento através do cheque n. _____ do Banco _____
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador



341-7

34191.09008 00049.437197 32885.990005 1 99310000055000

Local de pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					Vencimento 15/12/2024
Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP				CPF/CNPJ 26.384.215/0001-47	Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9
Data do documento 08/11/2024	Nº do documento 883 - 1/1	Espécie de docto. DM	Aceite N	Data do processamento 08/11/2024	Nosso Número 109/00000494-3
Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 550,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário QUALQUER DUVIDA SOBRE ESTE BOLETO CONTATE O BENEFICIARIO Numero da NF-e: 4558 - 1/1 Cobrar Juros de 0,17% ao dia e Multa de 4,00% após o Vencimento Juros: 0,92 Multa: 22,00 Cobrar Juros de 0,17% ao dia e Multa de 4,00% após o Vencimento Juros: 0,92 Multa: 22,00					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimentos
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS-17.402-064 GARCA-SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

UF: SP CEP: 17.402-064

Sacador/Avalista:

CPF/CNPJ:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:09

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 75696.99320 00001.965014 39001.046062 1 00103962001

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Código do Banco: 756 **Código do ISPB:** 2038232

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL MED **CPF/CNPJ:** 11.344.103/0001-95

Nome/Razão Social: SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL MED

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 16/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 12/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 196.5

Valor Calculado (R\$): 196.5

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 196.5

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 12/12/2024 -

Código da operação: 39653211228

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

NF-e
Nº 000.039.538
Série 001



Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL		16/12/2024	196,50
NICOLAU VON ZUBEN - 195		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
CAPELA		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
VINHEDO - SP			
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)		Data de Emissão	(=) Valor cobrado
A partir 17/12/2024 Juros 0,17%/dia.		19/11/2024	
A partir 17/12/2024 Multa de 5%.		Coop Contr/Cód. Beneficiário	
Não conceder desconto.		4390/460621	
		Nosso Número	10396-2

Dados do Pagador			
Nome do pagador			Número do Documento
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			39538
Endereço			
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50			
Bairro / Distrito			
WILLIAMS			
Município		UF	CEP
GARÇA		SP	17402-064
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.43907 01046.062103 01039.620016 6 99320000019650

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					16/12/2024
Beneficiário					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário
SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL MED					4390/460621
11.344.103/0001-95					
Data do documento	N. documento	Espécie	Aceite	Data processamento	Nosso número
19/11/2024	39538	DM	S	19/11/2024	10396-2
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor documento
	1	R\$	0,00		196,50
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB					
COOPERATIVA CONTRATANTE 4390 SICOOB INTEGRADO					
Pagador					(+) Outros acréscimos
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50					
WILLIAMS					
GARÇA - SP					(=) Valor cobrado
Beneficiário final					
SUPERDINATEC LTDA					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:09

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 75691.99320 00010.583515 04201.179160 5 00005242001

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Código do Banco: 756 **Código do ISPB:** 2038232

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: FS DESCARTAVEIS LTDA **CPF/CNPJ:** 51.980.419/0001-98

Nome/Razão Social: FS DESCARTAVEIS LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 16/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 12/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1058.35

Valor Calculado (R\$): 1058.35

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 1058.35

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 12/12/2024 -

Código da operação: 39653225675

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

ATACADAO LIMPEZA E DESCARTAVEIS

Avenida dos Esportes, 1209, ANEXO 1221
LADO A - Vila Bissoto - VALINHOS - SP -
CEP: 13270-210
Fone: (19)3869-5205

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.006.341
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524 1151 9804 1900 0198 5500 1000 0063 4110 0982 3190

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5929 - Lançamento efetuado em decorrência de emissão de documento

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135242611283453 14/11/2024 16:07:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL

708311298116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

51.980.419/0001-98

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

14/11/2024

ENDEREÇO

RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO

GARÇA

UF

SP

TELEFONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

LOCAL ENTREGA

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

ENDEREÇO

RUA LUIS M CRUZ 63 - JD. LAGO AZUL - LOUVEIRA - SP

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00		0,00	0,00		0,00	1.058,35
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
		0,00	0,00	0,00	0,00	1.058,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

9 - SEM FRET

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %	
717	PA COM CABO LONGO PLASTICA DUPLAS	82011000	0102	5929	UN	3,00	6,49	0,00	19,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6659	MANGUEIRA TRANCADA 20M CRISTAL ISSAN	39173300	0102	5929	UN	1,00	79,99	0,00	79,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1306	LIMPA AZULEJO PLASTICO	63029300	0102	5929	UN	2,00	10,99	0,00	21,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
716	VASSOURA BELLA SLIM DUPLAS	96031000	0102	5929	UN	2,00	10,99	0,00	21,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1175	VASSOURA CAPIRA 5 FIOS	96031000	0102	5929	UN	1,00	31,99	0,00	31,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3057	SACO LIXO 30L PRETO ROLO 30UN SUPER LAR BIOPOL	39232190	0102	5929	UN	5,00	8,99	0,00	44,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3059	SACO LIXO 50L PRETO EM ROLO 30UN SUPER LAR BIOPOL	39232190	0102	5929	UN	5,00	10,99	0,00	54,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4355	GOLD DETERGENTE CLORADO 5LTS AUDAX	34029011	0102	5929	UN	2,00	44,99	0,00	89,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7099	ESCADA DOMESTICA ALUMINIO 6 DEGRAUS REAL ESCADA	76169900	0102	5929	UN	1,00	219,99	0,00	219,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5072	MOP PO 60CM SANCHES REF: 126	96039000	0102	5929	UN	1,00	109,99	0,00	109,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4189	BALDE 13,8LTS COLOR RECICLADO PLAS.SANTANA REF.48	39249000	0102	5929	UN	3,00	9,99	0,00	29,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8687	LUVA LATEX AMARELA TAM P 1UN INOVEN	40151900	0102	5929	ARE	1,00	4,99	0,00	4,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8673	LUVA LATEX AMARELA TAM M 1UN INOVEN	40151900	0102	5929	ARE	1,00	4,99	0,00	4,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
638	LUVA LATEX VERDE M 1UN SANRO	61161000	0102	5929	UN	1,00	10,99	0,00	10,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
707	RODO P/S 610 CORES DUPLAS	96039000	0102	5929	UN	3,00	11,99	0,00	35,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5820	LIXEIRA 14L C/PEDAL BRANCA SANTANA REF.144	39249000	0102	5929	UN	8,00	31,90	0,00	255,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4543	DESINFETANTE FLORES DE AZALEIA 5LTS HARCCLIN HARMONIE	38089419	0102	5929	UN	3,00	6,99	0,00	20,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CFe-SAT Ref.:(3524 1151 9804 1900 0198 5900 1428 0390 0226 9503 0607)
CONTRATO GESTAO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 14/11/2024 16:07:53

RRSoft FlexCorp - www.rrsoft.com.br



Beneficiário FS DESCARTAVEIS LTDA DOS ESPORTES - 1209 VILA BISSOTO Valinhos - SP 51.980.419/0001-98 13270-210	Vencimento 16/12/2024	Valor do Documento 1.058,35
	(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
	(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/12/2024 Juros 0,20%/dia. A partir 17/12/2024 Multa de 6%. Não conceder desconto.	Data de Emissão 18/11/2024	(=) Valor cobrado
	Coop Contr/Cód. Beneficiário 5042/1791605	
	Nosso Número 524-2	

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento 6341	
Endereço RUA DAS ROSAS 63			
Bairro / Distrito JARDIM PRIMAVERA			
Município LOUVEIRA		UF SP	CEP 13294-334
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.50423 01179.160500 00052.420015 1 99320000105835

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 16/12/2024
Beneficiário FS DESCARTAVEIS LTDA 51.980.419/0001-98					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 5042/1791605
Data do documento 18/11/2024	N. documento 6341	Espécie DM	Aceite N	Data processamento 18/11/2024	Nosso número 524-2
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 1.058,35
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/12/2024 Juros 0,20%/dia. A partir 17/12/2024 Multa de 6%. Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 5042 SICOOB UNIMAIS CENTRO LESTE PA					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DAS ROSAS 63 JARDIM PRIMAVERA LOUVEIRA - SP 45.349.461/0001-02 13294-334					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Beneficiário final					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 13/12/2024 às 08:42:09

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23795.99320 00001.700033 91099.691000 0 56000007030

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO BRADESCO S/A

Código do Banco: 237 **Código do ISPB:** 60746948

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SIFRA S A **CPF/CNPJ:** 03.729.970/0001-10

Nome/Razão Social: SIFRA S A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 16/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 12/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 170

Valor Calculado (R\$): 170

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 170

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 12/12/2024 -

Código da operação: 39653229515

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMISSÃO 02/12/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 70,00		NF-e Nº 000.009.656 SÉRIE 5
DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:	

 ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA ESTRADA ANHANGUERA, 72 - SANTO ANTONIO CEP 15.760-000 - LOUVEIRA - SP Fone (017) 2136-6400	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.009.656 SÉRIE 5 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 1272 9118 3700 0284 5500 0096 5610 0142 3933 Consulta da autenticidade no portal nacional da NF-e. www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.
--	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA NFE			
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 421000607117	INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:	CNPJ: 72.911.837/0002-84	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242796216692 02/12/2024 17:17:59

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO: 02/12/2024
ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO/DISTRITO: WILLIAMS	CEP: 17402064	DATA DE SAÍDA / ENTRADA: 02/12/2024
MUNICÍPIO: GARÇA	FONE/FAX: 1938483554	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
HORA DE SAÍDA:			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS:	VALOR DO ICMS:	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.:	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO:	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	70,00
VALOR DO FRETE:	VALOR DO SEGURO:	DESCONTO:	OUT. DESP. ACESSÓRIAS:	VALOR DO IPI:
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA:
				70,00

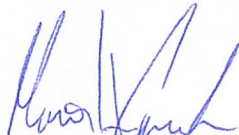
TRANSPORTADOS / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA: 9 - SEM FRETE	CÓDIGO ANTT:	PLACA DO VEÍCULO:	UF:	CNPJ/CPF:
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:	UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:		
QUANTIDADE:	ESPECIE:	MARCA:	NUMERAÇÃO:	PESO BRUTO:	PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD. PROD.	COD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	COD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
3	810101001	ETANOL COMUM	13,58	22071090	060	5656	L	17,20	4,07	0,00	70,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA														

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PLACA: SYC1G14 MOTORISTA: MARCOS Tributos aproximados: R\$ 5,18 (7,40%) Federal, R\$ 8,40 (12,00%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT - SP 96A549  02/12	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 02/12/2024

Inome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereco: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTO

Placa: SYCIG14 Km:

Veiculos.:

Motorista: MARCOS

Valor....: 70,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupom.:9656

Reconheco que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Aviso de Compra no Estabelecimento

De ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA <nfe@redemontecarlo.com.br>

Data Seg, 02/12/2024 17:19

Para ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <financeiro@louveira.ahbb.org.br>; ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <compras@louveira.ahbb.org.br>; ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <controladoria@ahbb.org.br>

Olá **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**, segue um resumo da venda realizada no dia **02/12/2024 17:14**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

LOUVEIRA

ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Média KM:

HM:

Motorista: **MARCOS**

Veículo:

Placa: **SYC1G14**

Cupom Fiscal: **9656**

Nota Fiscal: **9656**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	17,200 L	R\$ 4,070	R\$ 0,00	R\$ 70,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 70,00

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 70,00

RECEBEMOS DE ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 05/12/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 100,00		NF-e Nº 000.009.843 SÉRIE 5
DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:	

 ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA ESTRADA ANHANGUERA, 72 - SANTO ANTONIO CEP 15.760-000 - LOUVEIRA - SP Fone (017) 2136-6400	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.009.843 SÉRIE 5 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 1272 9118 3700 0284 5500 5000 0098 4310 0142 5807 Consulta da autenticidade no portal nacional da NF-e. www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.
--	---	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA NFE			
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 421000607117	INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:	CNPJ: 72.911.837/0002-84	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242832520058 05/12/2024 13:18:48

DESTINATÁRIO / REMETENTE	
NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO: 05/12/2024
ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO/DISTRITO: WILLIAMS
CEP: 17402064	DATA DE SAÍDA / ENTRADA: 05/12/2024
MUNICÍPIO: GARÇA	FONE/FAX: 1938483554
UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
HORA DE SAÍDA:	

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00	VALOR DO ICMS: 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.: 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 100,00
VALOR DO FRETE: 0,00	VALOR DO SEGURO: 0,00	DESCONTO: 0,00	OUT. DESP. ACESSÓRIAS: 0,00	VALOR DO IPI: 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA:				100,00

TRANSPORTADOS / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA: 9 - SEM FRETE	CODIGO ANTT:	PLACA DO VEÍCULO:	UF:	CNPJ/CPF:
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:	UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:		
QUANTIDADE:	ESPECIE:	MARCA:	NUMERAÇÃO:	PESO BRUTO:	PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
COD. PROD.	COD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	COD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
3	810101001	ETANOL COMUM	19,40	22071090	060	5656	L	24,571	4,07	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA														

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PLACA: FVE9A51 MOTORISTA: MARCOS Tributos aproximados: R\$ 7,40 (7.40%) Federal, R\$ 12,00 (12.00%) Estadual, R\$ 0,00 (0.00%) Municipal - Fonte: IBPT - SP 96A549	

AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 05/12/2024

Nome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTA

Placa: FUE9A51 Km:

Veículos:

Motorista: MARCOS

Valor....: 100,00

Forma de Pagamento: NOTAS A COBRAR

Cupon.: 9843

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Aviso de Compra no Estabelecimento

De ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA <nfe@redemontecarlo.com.br>

Data Qui, 05/12/2024 13:20

Para ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <financeiro@louveira.ahbb.org.br>; ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <compras@louveira.ahbb.org.br>; ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <controladoria@ahbb.org.br>

Olá **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**, segue um resumo da venda realizada no dia **05/12/2024 13:15**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Média KM:

HM:

Motorista: **MARCOS**

Veículo:

Placa: **FVE9A51**

Cupom Fiscal: **9843**

Nota Fiscal: **9843**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	24,571 L	R\$ 4,070	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 100,00

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 100,00

DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

09/12/2024 13:49

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Fatura: 11843253

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 09/12/2024

Vencimento: 16/12/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	Vi. Item	Pr. Tab.	Vi. Tab.
	9656	02/12/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	17,20				ETANOL COMUM	4,070	70,000	4,070	70,000
	9843	05/12/2024	FVE9A51	72.911.837/0002-84	24,57				ETANOL COMUM	4,070	100,000	4,070	100,000
Total de litros: 41,77										Valor Total: 170,00			

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
ETANOL COMUM	41,77	170,00	170,00

Valor total faturado: 170,00



Bradesco

|237-2|

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 16/12/2024	Nº do Documento 11843253
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000560-7	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 170,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 09/12/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data
Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)			Entregador

() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente

() Recusado
() Outros (anotar no verso)

() Não Procurado

Recibo do Pagador



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000055 60000.070304 5 99320000017000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000560-7
Número do documento 11843253	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 16/12/2024	Valor documento R\$ 170,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS,50
- GARCA/SP - CEP: 17402-064

Instruções

Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,34 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000055 60000.070304 5 99320000017000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 16/12/2024	
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P	
Data do documento 09/12/2024		Nº documento 11843253		Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 09/12/2024
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	Carteira / Nosso número 009/96910000560-7
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)						(=) Valor documento R\$ 170,00
						(-) Desconto / Abatimentos
						(-) Outras deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros acréscimos
						(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064						Código de Baixa
Pagador / Avalista						Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

17/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E0036030520241214133317751c620cd

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 14/12/2024 às 10:36:58

Valor Original: R\$ 60.000,00 **Valor Atualizado:** R\$ 60.000,00 **Tarifa:** R\$ 8,50

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: LEMES TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA

CNPJ: 31.275.474/0001-70

Instituição: BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Código da operação: 39737366124

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: < http://www.barueri.sp.gov.br/nfe >	Data Emissão 02/08/2024	Hora Emissão 09:25	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA	
	Código Autenticidade 105Y.1119.0991.8803999-U		Número da Nota 000479	Série da Nota
			Número RPS	Série RPS Data RPS

Prestador de Serviços LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE AVENIDA SAGITARIO , 138 - CONJUNTO COMERCIAL 1313B -TORR SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE CEP 06473-073 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 31.275.474/0001-70 Telefone Inscrição Municipal 4.94147-8 e-mail

Nome Tomador de Serviços ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02		
Endereço RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50			Complemento		
CEP 17402-064	Bairro WILLIAMS	Cidade GARCA			UF SP
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					
Qtde 1	Descrição do Serviço MEDICINA	Código Serviço 040117212	Alíquota 2,00	Valor Unitário 55.200,00	Valor Total 55.200,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES					
Serviços prestados conforme contrato de gestão nº 001/2024, firmado entre o tomador e o município de Louveira/SP nas especialidades: Clínica Médica e Pediatria Plantões Médicos Clínica Médica: 16 plantões R\$ 26.400,00 Plantões Médicos Pediatria: 16 plantões R\$ 28.800,00 Valor total dos serviços referente ao período de 16/07 a 31/07: R\$ 55.200,00 Local: LOUVEIRA/SP CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 VALOR LIQUIDO: R\$ 51.805,20 Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.					

VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 0,00	Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP
--	---

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
828,00	358,80	1.656,00	552,00

VALOR TOTAL DA NOTA	55.200,00
----------------------------	------------------

Fatura Nº	Valor da Fatura R\$	Forma Pagamento
Valor por Extenso		

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe	Código Autenticidade 105Y.1119.0991.8803999-U
RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	Número da Nota 000479 Série da Nota
..... Local	 Data
..... Assinatura	

NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: < http://www.barueri.sp.gov.br/nfe >	Data Emissão 22/07/2024	Hora Emissão 11:27	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA	
	Código Autenticidade 135V.8167.8961.0492699-U		Número da Nota 000474	Série da Nota
			Número RPS	Série RPS Data RPS

Prestador de Serviços LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE AVENIDA SAGITARIO , 138 - CONJUNTO COMERCIAL 1313B - TORR SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE CEP 06473-073 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 31.275.474/0001-70 Telefone Inscrição Municipal 4.94147-8 e-mail
--

Nome Tomador de Serviços ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			
Endereço RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50			Complemento			
CEP 17402-064	Bairro WILLIAMS		Cidade GARCA		UF SP	
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR						
Qtde 1	Descrição do Serviço MEDICINA		Código Serviço 040117212	Alíquota 2,00	Valor Unitário 51.750,00	Valor Total 51.750,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES					
Serviços prestados conforme contrato de gestão nº 001/2024, firmado entre o tomador e o município de Louveira/SP nas especialidades: Clínica Médica e Pediatria Plantões Médicos Clínica Médica: 15 plantões R\$ 24.750,00 Plantões Médicos Pediatria: 15 plantões R\$ 27.000,00 Valor total dos serviços referente ao período de 01/07 a 15/07: R\$ 51.750,00 Local: LOUVEIRA/SP CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 VALOR LIQUIDO: R\$ 48.567,37 Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.					

VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 0,00	Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP
--	--

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
776,25	336,38	1.552,50	517,50

VALOR TOTAL DA NOTA	51.750,00
----------------------------	------------------

Fatura Nº	Valor da Fatura R\$	Forma Pagamento
Valor por Extenso		

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe		Código Autenticidade 135V.8167.8961.0492699-U	
RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS		Número da Nota 000474	Série da Nota
Local	Data	Assinatura	

Comprovante de pagamento Concessionária

Via Gerenciador CAIXA

Data da Emissão: 17/12/2024 às 09:06:33

Dados da origem do pagamento

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta do débito: 03104/1292/000578032686-6

Dados do Pagamento

Representação numérica do código de barras: 84690000000-7 23140006003-5 00816480074-3 20241106000-9

Empresa: EMBRATEL

Valor: R\$ 23,14

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data/Hora Operação: 16/12/2024 16:33:13

Código da Operação: 49281983

Chave de Segurança: USNPMM0A9AMULP2F

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



CTCE INDAIATUBA SPI PL42
MUNICIPIO DE LOUVEIRA
CX POSTAL 97 00 BRO CENTRO
CENTRO
13290-000 LOUVEIRA SP

Dúvidas sobre sua conta ligue
0800 721 5421

00100030

POSTAGEM: 25/10/2024 VENCIMENTO: 06/11/2024



0072424273412070000000454721251024

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:

Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:

Pacote Sempre 21 Perfil Nacional

Sobre o valor das tarifas: aumento de até 5,50%

CÓDIGO DA CONTA 103416332

SUA CONTA VENCE EM

06/11/2024

VALOR DA CONTA

R\$ 23,14

Seu Telefone: 19 38483200

(Classe: E)

mês de referência:

Outubro/2024

data de emissão:

24/10/2024

nº da fatura:

0300816480074

nº da nota fiscal:

002356300

cód. para débito automático:

103416332-7

⚠ **Lembrete: Débitos anteriores: R\$ 96,93**

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)
Juros 00300664003862 - 09/2024
Multa 00300664003862 - 09/2024

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

R\$ 18,05
R\$ 2,10
R\$ 2,99

Total da Conta:

R\$ 23,14

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO
1938483200
1938483200
SERVIÇO
Sempre 21 Perfil Nacional
Total
Total do Resumo

CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
9	00:05:29	18,05
9	00:05:29	18,05
9	00:05:29	18,05

Sempre 21 Perfil Nacional - PAS 004-LD - Data de adesão: 28/04/2005

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
	Fixo / Móvel SMP						
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	24/09/2024	19:59:09	00:01:04	Dentro do Estado Normal	2,53
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	27/09/2024	06:21:24	00:01:25	Dentro do Estado Reduzida	3,55
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	30/09/2024	19:11:37	00:01:32	Dentro do Estado Normal	3,90
19 38483200	SP Area 11	11 981836041	01/10/2024	03:32:26	00:00:11	Dentro do Estado Reduzida	1,17
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	02/10/2024	19:19:47	00:00:09	Dentro do Estado Normal	1,20
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	06/10/2024	19:33:48	00:00:07	Dentro do Estado Reduzida	1,17
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	06/10/2024	23:21:10	00:00:52	Dentro do Estado Reduzida	2,13
19 38483200	SP Area 11	11 975383917	16/10/2024	20:25:14	00:00:01	Dentro do Estado Normal	1,20

Pagável na rede bancária e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Autenticação Mecânica - solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA

103416332

NÚMERO DA FATURA

0300816480074

DATA DE VENCIMENTO

06/11/2024

VALOR DA CONTA

R\$ 23,14

Pague
com
Pix



846900000007 231400060035 008164800743 202411060009



Comprovante de pagamento Concessionária

Via Gerenciador CAIXA

Data da Emissão: 17/12/2024 às 09:06:33

Dados da origem do pagamento

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta do débito: 03104/1292/000578032686-6

Dados do Pagamento

Representação numérica do código de barras: 84670000000-9 42810006003-0 00816480121-2 20241106000-9

Empresa: EMBRATEL

Valor: R\$ 42,81

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data/Hora Operação: 16/12/2024 16:33:39

Código da Operação: 49326663

Chave de Segurança: UTVVH8HAW8RQ8KJ9

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



CTCE INDAIATUBA SPI PL42
MUNICIPIO DE LOUVEIRA
CX POSTAL 97 00 BRO CENTRO
CENTRO
13290-000 LOUVEIRA SP

Dúvidas sobre sua conta ligue
0800 721 5421

POSTAGEM: 25/10/2024 VENCIMENTO: 06/11/2024

00100031



0072424273412070000000454821251024

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:

Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:
Pacote Sempre 21 Perfil Nacional
Sobre o valor das tarifas: aumento de até 5,50%

CÓDIGO DA CONTA 103416410

SUA CONTA VENCE EM
06/11/2024

VALOR DA CONTA
R\$ 42,81

Seu Telefone: 19 38483532 (Classe: E)
mês de referência: Outubro/2024
data de emissão: 24/10/2024
nº da fatura: 0300816480121
nº da nota fiscal: 002356302
cód. para débito automático: 103416410-1

⚠ **Lembrete:** Débitos anteriores: R\$ 42,16

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)
Juros 00300664003790 - 09/2024
Multas 00300664003790 - 09/2024

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Total da Conta:

R\$ 36,20
R\$ 2,73
R\$ 3,88
R\$ 42,81

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO SERVIÇO
1938483532 Sempre 21 Perfil Nacional
1938483532 Total
Total do Resumo

CHAMADAS DURAÇÃO VALOR
13 00:16:51 36,20
13 00:16:51 36,20
13 00:16:51 36,20

Sempre 21 Perfil Nacional - PAS 004-LD - Data de adesão: 28/04/2005

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
19 38483532	Fixo / Fixo	11 45233750	02/10/2024	11:28:34	00:10:41	Dentro do Estado	14,86
19 38483532	JUNDIAI	11 45275700	05/10/2024	00:15:40	00:01:32	Dentro do Estado	2,20
19 38483532	CAMPINAS	19 32325866	05/10/2024	00:18:21	00:00:15	Dentro do Estado	1,37
19 38483532	Fixo / Móvel SMP						
19 38483532	PA Area 91	91 985542090	21/09/2024	06:31:11	00:00:03	Entre Estados Reduzida	1,34
19 38483532	PA Area 91	91 985542090	21/09/2024	06:32:37	00:00:25	Entre Estados Reduzida	1,34
19 38483532	SP Area 11	11 988568114	24/09/2024	19:19:23	00:00:01	Dentro do Estado Normal	1,14
19 38483532	SP Area 11	11 975383917	24/09/2024	20:00:33	00:00:01	Dentro do Estado Normal	1,14

Pagável na rede bancária e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Autenticação Mecânica - solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura.

Embratel

CÓDIGO DA CONTA
103416410

NÚMERO DA FATURA
0300816480121

DATA DE VENCIMENTO
06/11/2024

VALOR DA CONTA
R\$ 42,81

Pague
com
Pix



846700000009 428100060030 008164801212 202411060009



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:00

Banco Recebedor: BANCO DAYCOVAL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 70791.99330 00191.366700 01121.192514 7 00479910393

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO DAYCOVAL S.A.

Código do Banco: 707 **Código do ISPB:** 62232889

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A **CPF/CNPJ:** 57.417.537/0001-79

Nome/Razão Social: OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 17/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 16/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 19136.67

Valor Calculado (R\$): 19136.67

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 19136.67

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 16/12/2024 -

Código da operação: 39834553092

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

**RECIBO DE LOCAÇÃO 35876**

Pag.: 1 of 2

OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A
RUA GUSTAVO DA SILVEIRA Nº1357 QUADRA16 CEP: 04376-006
VILA SANTA CATARINA SAO PAULO-SP
Fone/Fax: 115012-3799
E-mail: oxymed@oxymed.com.br
CNPJ: 57.417.537/0001-79 Inscr. Estadual: 111.719.554.115.

RECIBO DE LOCAÇÃO

RAZAO SOCIAL / NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02			DATA DA EMISSÃO 02/12/2024		
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50,				BAIRRO WILLIAMS			CEP 17402-064		
MUNICIPIO GARÇA				FONE/FAX (16)3374-8438		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG ISENTO		
NUMERO 0035876/01	VENCTO 17/12/2024	VALOR 19.136,67	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	
UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS					VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL	
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR DE TRANSPORTE MARCA DRAGER - MOD OXYLOG 3000 PLUS					1.950,00	1.950,00	
--	0	C-14355 PAT.:RESPT29PR PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC					550,00	550,00	
--	0	C-14355 PAT.:SEPT400PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX - MOD ANALOGICA HORIZONTAL 21L- 220V					366,67	366,67	
--	0	C-14357 PAT.:AUT06PE PERIODO DE 01/11/2024 a 11/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX, MOD. ANALOGICO HORIZONTAL 21L -220V					366,67	366,67	
--	0	C-14357 PAT.:AUT09PR PERIODO DE 01/11/2024 a 11/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE DEA MARCA INSTRAMED - MOD ISIS PRO					500,00	500,00	
--	0	C-14357 PAT.:DEA004PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE DEA MARCA INSTRAMED - MOD ISIS PRO					500,00	500,00	
--	0	C-14357 PAT.:DEA008PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE DEA MARCA INSTRAMED - MOD ISIS PRO					500,00	500,00	
--	0	C-14357 PAT.:DEA011PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3					550,00	550,00	
--	0	C-14357 PAT.:ECG187PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3					550,00	550,00	
--	0	C-14357 PAT.:ECG208PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3					550,00	550,00	
--	0	C-14357 PAT.:ECG209PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000S					240,00	240,00	
--	0	C-14360 PAT.:CDE17PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T					240,00	240,00	
--	0	C-14360 PAT.:CDE35PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T					240,00	240,00	
--	0	C-14360 PAT.:CDE36PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100					1.400,00	1.400,00	
--	0	C-14360 PAT.:DM301PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100					1.400,00	1.400,00	
--	0	C-14360 PAT.:DM305PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100					1.400,00	1.400,00	
--	0	C-14360 PAT.:DM354PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5					2.400,00	2.400,00	
--	0	C-14360 PAT.:RESP845PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5					2.400,00	2.400,00	

CONTRATO DE GESTAO 001/2024 - ORGAO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R\$ 3.530,74 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 17/12/2024 - VALOR R\$: 19.136,67

VALOR TOTAL: 19.136,67

Nº

35876

Recebemos de OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A, os serviços constantes neste recibo de locação

Data

Carimbo/Assinatura



RECIBO DE LOCAÇÃO

RECIBO DE LOCAÇÃO 35876

Pag.: 2 of 2

OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A
RUA GUSTAVO DA SILVEIRA Nº1357 QUADRA16 CEP: 04376-006
VILA SANTA CATARINA SAO PAULO-SP
Fone/Fax: 115012-3799
E-mail: oxymed@oxymed.com.br
CNPJ: 57.417.537/0001-79 Inscr. Estadual: 111.719.554.115.

RAZAO SOCIAL / NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02			DATA DA EMISSÃO 02/12/2024		
ENDERECO RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50,				BAIRRO WILLIAMS			CEP 17402-064		
MUNICIPIO GARÇA				FONE/FAX (16)3374-8438		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG ISENTO		
NUMERO 0035876/01	VENCTO 17/12/2024	VALOR 19.136,67	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	
UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS					VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL	
--	0	C-14360 PAT.:RESP846PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5					2.400,00	2.400,00	
--	0	C-14360 PAT.:RESP847PE PERIODO DE 01/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX, MOD. ANALOGICO HORIZONTAL 60L -220V					633,33	633,33	
--	0	C-14575 PAT.:AUT10PE PERIODO DE 12/11/2024 a 30/11/2024					0,00	0,00	



CONTRATO DE GESTAO 001/2024 - ORGAO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R\$ 3.530,74 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 17/12/2024 - VALOR R\$: 19.136,67

VALOR TOTAL: 19.136,67

Nº
35876

Recebemos de OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A, os serviços constantes neste recibo de locação

Data

Carimbo/Assinatura

BancoDaycoval

707-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDI - CNPJ: 57.417.537/0001-79			Agencia /Codigo Beneficiário 0001-9/0722749-5		Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora) [] Mudou-se [] Ausente [] Não existe nº. indicado [] Recusado [] Não procurado [] Endereço insuficiente [] Desconhecido [] Falecido [] Outros (anotar no verso)		
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Nosso Número 121/0047991039-3				
Vencimento 17/12/2024	Número do Documento 0035876/01	Espécie R\$	Valor do Documento 19.136,67				
Recebemos o Titulo com as características acima		Data	Assinatura		Data	Assinatura	
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO						Data do Processamento 02/12/2024	

BancoDaycoval

707-2

Recibo do Pagador

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO					Vencimento 17/12/2024	
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDI - CNPJ: 57.417.537/0001-79 RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone:					Agência / Código Beneficiário 0001-9/0722749-5	
Data do Documento 02/12/2024	Numero do Documento 0035876/01	Especie Doc. DS	Aceite N	Data do Processamento 02/12/2024	Nosso Número 121/0047991039-3	
Uso do Banco	Carteira 121	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 19.136,67	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO Notas Fiscais: 35876 Doc.: Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 6,38 por dia de atraso para pagamento .					(-) Desconto	
					(-) Outras Deducoes / Abatimento	
					(+) Mora / Multa / Juros	
					(+) Outros Acrescimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 - WILLIAMS, GARCA / SP - 17402064					CPF / CNPJ 45.349.461/0001-02 Código de Baixa	
Beneficiário Final: PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO Notas Fiscais: 35876 Doc.: Autenticação Mecânica						

BancoDaycoval

707-2

70790.00118 21192.514707 04799.103934 1 99330001913667

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO					Vencimento 17/12/2024	
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDI - CNPJ: 57.417.537/0001-79 RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone:					Agência / Código Beneficiário 0001-9/0722749-5	
Data do Documento 02/12/2024	Número do Documento 0035876/01	Espécie Doc. DS	Aceite N	Data do Processamento 02/12/2024	Nosso Número 121/0047991039-3	
Uso do Banco	Carteira 121	Espécie Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 19.136,67	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO Notas Fiscais: 35876 Doc.: Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 6,38 por dia de atraso para pagamento .					(-) Desconto	
					(-) Outras Deducoes / Abatimento	
					(+) Mora / Multa / Juros	
					(+) Outros Acrescimos	
					(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 - WILLIAMS, GARCA / SP - 17402064					CPF / CNPJ 45.349.461/0001-02 Código de Baixa	
Beneficiário Final:						



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:00

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00194.99320 00006.900000 00003.290522 0 00000468917

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO DO BRASIL S/A

Código do Banco: 1 **Código do ISPB:** 0

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS **CPF/CNPJ:** 37.834.012/0001-21

Nome/Razão Social: ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS

Pagador Sacado

Nome Fantasia: Associacao Hospitalar Beneficente do **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 16/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 16/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 690

Valor Calculado (R\$): 690

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 690

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 16/12/2024 -

Código da operação: 39834558659

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Essencialox Com Gases e Equip Ltda. Av Marginal Rio Jundiáí, 2665 - Galpão 02 - Área Industrial Várzea Paulista - SP CEP: 13221-800 CNPJ: 37834012000121 IE: 712.168.965.111 Telefone: 11992372775 E-mail: essencialox@essencialox.com.br	Fatura de Locação: 001963 Via Única: Emissão: 30/10/2024
---	---

Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50
Bairro: Williams **CEP:** 17402\ -064
Cidade: Garça **UF:** SP **Fone:** (16) 3374-8438 /
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
IE/RG: **Vencimento:** 27/11/2024

Dados do Documento

Codigo:	Descrição:	Quantidade:	Unitário:	Total:
1496	Locação cilindro de oxigenio cap. 1m³	3,00	30,00	90,00
1495	Locação cilindro de oxigenio cap. 10m³ medicinal	9,00	40,00	360,00
1484	Locação cilindro de ar comprimido cap. 10m³	6,00	40,00	240,00

Valor Total da Fatura de Cobrança: 690,00

Dados do Documento

"Contrato de Gestão 001/2024 e Prefeitura Municipal de Louveira",

Operação não sujeito ao I.S.S de acordo com a lei complementar 116/03

Data do Recebimento:	Identificação e Assinatura do Recebedor:	Fatura de Locação: 001963
-----------------------------	---	-------------------------------------

Essencialox Com Gases Eq. Ltda

001

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064			
Documento 004664	Vencimento 16/12/2024	Nosso Número 32905220000004689	(=) Valor Documento 690,00
Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____			



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1		Vencimento 16/12/2024	
Data do Documento 13/12/2024	Nº Documento 004664	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 13/12/2024	Nosso Número 32905220000004689		
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento 690,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,79 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.					(-) Desconto		
					(-) Outras Deduções		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica



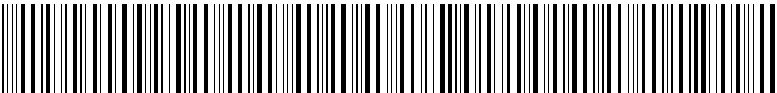
001-9

00190.00009 03290.522006 00004.689170 4 99320000069000

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 16/12/2024		
Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1		
Data do Documento 13/12/2024	Nº Documento 004664	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 13/12/2024	Nosso Número 32905220000004689		
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento 690,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,79 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.					(-) Desconto		
					(-) Outras Deduções		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:00

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.99390 00026.930010 90010.470100 1 42144385000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BENEFICIOS UPS LTDA **CPF/CNPJ:** 17.359.884/0001-78

Nome/Razão Social: BENEFICIOS UPS LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 23/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 16/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2693

Valor Calculado (R\$): 2693

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 2693

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 16/12/2024 -

Código da operação: 39834584439

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



Fatura

Data de Emissão: 05/12/2024
Nro.: 9981

Prestador

BENEFICIOS UPS LTDA EPP
ENDEREÇO: RUA PEDRO DE TOLEDO 130, CONJ 15
BAIRRO: VILA CLEMENTINO

CNPJ: 17.359.884/000178
CEP: 04039-000
MUNICIPIO: SÃO PAULO

Tomador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO: Avenida José Ariano Rodrigues 303
BAIRRO: Jardim Ariano

CNPJ: 45.349.461/0001-02
CEP: 16400-400
MUNICIPIO: 3527108

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE TRANSPORTE DO PEDIDO Nº 51970.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Transporte -

Período de 01/12/2024 até 31/12/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 2.465,28
REPASSE:	R\$ 44,55
OUTRAS TAXAS:	R\$ 0,00
DESCONTO GESTÃO UP:	R\$ 0,00
TAXA GESTÃO UP:	R\$ 0,00
TAXA DE EMISSÃO DO CARTAO:	R\$ 0,00
TAXA DE ENTREGA:	R\$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras:	R\$ 152,60
TOTAL DA FATURA:	R\$ 2.662,43

Observações:

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Instruções de Impressão

Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).

Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador

 **Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **34191.09008 10470.100149 21443.850009 1 99390000269300**

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário		Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5		R\$		109/00104701-0
Número do documento		CPF/CNPJ	Vencimento		Valor documento	
000104701		17359884000178	23/12/2024		R\$ 2.693,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deducoes	(+) Mora / Multa		(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02

Avenida José Ariano Rodrigues

Jardim Ariano - 3527108/SP - CEP: 16400-400

InstrucoesAutenticacao mecanica

Não Receber após o vencimento.

Boleto referente ao Pedido 51970 de 01/12/2024 a 31/12/2024.

Corte na linha pontilhada

 **Banco Itaú S.A.** | **341-7** | **34191.09008 10470.100149 21443.850009 1 99390000269300**

Local de pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					23/12/2024	
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário	
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5	
Data do documento	No documento		Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número
05/12/2024	000104701			N	05/12/2024	109/00104701-0
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor documento
	109	R\$				R\$ 2.693,00

Instrucoes (Texto de responsabilidade do beneficiario)

Não Receber após o vencimento.

Boleto referente ao Pedido 51970 de 01/12/2024 a 31/12/2024.

(-) Desconto / Abatimentos

(-) Outras deducoes

(+) Mora / Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02

Avenida José Ariano Rodrigues

Jardim Ariano - 3527108/SP - CEP: 16400-400

Sacador / AvalistaCód. baixaAutenticacao mecanica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000012925-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: CRISTINA RIBEIRO CIRQUEIRA SOUZA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 004.624.415-80

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 1.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 46950430

Chave de Segurança: 2J4Q38L4XQTW702F

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA		Nº Recibo
		03
Nome ou Razão Social da Empresa		CNPJ da Empresa
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL		45.349.461/0001-02

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de LIMPEZA HOSPITAL LOUVEIRA a importância de R\$ 1.000,00 (um mil reais), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição		ESPECIFICAÇÃO:	
No INSS:	No CPF: 004.624.415-80	1.Valor Serviço Prestado	1.250,00
Identidade		2.Outros Proventos	0,00
Número: 547566736		Total	1.250,00
Órgão Emissor: SSP UF:		DESCONTOS:	
Endereço		3.Outros Descontos	0,00
Localidade	Data	4.ISS	0,00
	13/12/2024	5.IRRF	0,00
Nome completo		6.Dedução INSS	250,00
CRISTINA RIBEIRO CIRQUEIRA SOUSA		7.INSS Frete	0,00
		8.Pensão Alimentícia	0,00
		Total	250,00
		VALOR LÍQUIDO	1.000,00
		Assinatura	

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 403/0001/00005057950-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: FERNANDA CARVALHO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 53.710.601/0001-54

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 2.800,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 47258174

Chave de Segurança: 0UWM1X2ZVG05XAPY

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - NFS-e		NFS-e 8	
			Código de Verificação 5LLOJGFCC	
			Emissão da NFS-e 09/12/2024 14:00	
RPS	Série RPS	Tipo RPS	NFS-e Substituída 7	

Prestador de Serviço				
CPF/CNPJ: 53.710.601/0001-54		Inscrição 171501		
Nome/Razão Social: FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA				
Endereço EMÍLIO ATIQUE		Número: 263		
Complemento:		Bairro: JARDIM PAULISTA I		
CEP: 13208-320	Município: JUNDIAI	UF: SP	País:	
E-mail: fernandacd03@hotmail.com		Telefone: (11)97688-8460		

Tomador de Serviço				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal:		NIF:
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
Endereço: RUA Doutor Orlando Thiago Santos		Número: 50		
Complemento:		Bairro: Williams		
CEP: 17402-064	Município: GARÇA	UF: SP	País: Brasil	
E-mail:		Telefone:		

Atividade Econômica	
4.12.00 / 21 - CLINICA ODONTOLOGICA	

Discriminação do Serviço	
Prestação de serviço odontológico Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio	
5 Plantões nos dias 05, 12, 19 e 26 de Novembro/2024 no período diurno. Valor total R\$ 2.800,00	
Dados bancários para pagamento: Agência: 0001 Conta: 5057950-1 Instituição: 403 - Cora SCD Nome da Empresa: 53.710.601 FERNANDA CARVALHO CNPJ: 53710601000154	

Tributos Federais (R\$)					Valor Aproximado dos Tributos (%)			
PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL	Federal	Estadual	Municipal	Fonte
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	

Identificação Prestação de Serviços		Detalhamento de Valores (R\$)	
Código da Obra		Valor do Serviço	2.800,00
Código A.R.T.		Desconto Incondicionado	0,00
Exigibilidade ISSQN	1-Exigível	Desconto Condicionado	0,00
Regime Especial de Tributação	0-Nenhum	Retenções Federais	0,00
Simples Nacional	(X) Sim () Não	Outras Retenções	0,00
Incentivador Fiscal		Deduções Previstas em Lei	0,00
Competência	11/2024	Base de Cálculo	2.800,00
Município Prestação	JUNDIAI - SP	Alíquota	2,00
Município Incidência	sem local	ISSQN	
ISSQN a Reter	() Sim (X) Não	Valor Líquido	2.800,00

Outras Informações

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000105503-

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SONIA PAPELARIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 02.653.791/0001-84

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 68,90

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 47455945

Chave de Segurança: 73VXGR22SKQ474QU

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do receptor	Nro.: 000.005.006 Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52, JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416 (19) 3848-1130		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída Nro. Nota: 000.005.006 Serie:1 Folha:1 de 1	 Chave de Acesso 3524 1202 6537 9100 0184 5500 1000 0050 0610 1247 6016 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada
Natureza de Operacao VENDA		Protocolo de autorizacao de uso 135242886120737 10/12/2024 15:00:53	
Inscricao Estadual 421.013.569.112	Inscricao Estadual do Subst. Tributario		CNPJ 02.653.791/0001-84

DESTINATARIO/REMETENTE			
Nome/Razao Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	Data da Emissao 10/12/2024
Endereco RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		Bairro/Distrito WILLIAMS	CEP 17402064
Municipio GARCA	Fone/Fax	UF SP	Inscricao Estadual
			Hora de Saida 00:00

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
0,00	0,00	26,83	0,00	0,00	68,90
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	68,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
Nome/Razao Social	Frete por Conta 1 - Contratacao do Frete por conta do Destinatario (FOB)	Codigo ANTT	Placa	UF	CPF/CNPJ
Endereco	Municipio			UF	Inscricao Estadual
Quantidade	Especie	Marca	Numeracao	Peso Bruto	Peso Liquido

DADOS DO PRODUTO/SERVICO														Aliquota	
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi		Icms	Ipi
7899150735763	PERFURADOR 2FUROS P/30FLS KZ9957 - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 22,12 (38,87 %) Fonte:IBPT	84729040	0102	5102	UN	1	56,90	0,00	56,90	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5715	ENCADERNACAO ATE 100 FOLHAS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.022.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 2,75 (39,24 %) Fonte:IBPT	48203000	0500	5405	UN	1	7,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5714	ENCADERNACAO ATE 50 FOLHAS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.022.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 1,96 (39,24 %) Fonte:IBPT	48203000	0500	5405	UN	1	5,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00

Orlando

DADOS ADICIONAIS	
Informacoes Complementares Nota Fiscal referente ao(s) Pedido(s) 38372901, 38810201 / CONTRATO;GESTAO 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA ;DADOS BANCARIO AG.2388 C.C 10550-3 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.	Reservado ao Fisco

encadernação - Fantasia

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 04/11/2024 NRO. PEDIDO: 38372901

CODIGO DE BARRA
PRODUTO

QTOE. VL UN TOTAL

5715				
ENCADERNACAO ATE 1	1,00	7,00	7,00	
5714				
ENCADERNACAO ATE 5	1,00	5,00	5,00	
SUBTOTAL :		12,00		
TOTAL :		12,00		
FORMA DE PAGAMENTO :				
04 - FATURA		12,00		

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI

FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
ENDERECO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50
WILLIAMS GARCA SP
Assinatura: _____

VENDEDOR: VITORIA MULATA DE CASENAVES

DATA/HORA IMPRESSAO : 04/11/2024 13:00
OPERADOR : BALCAO CAIXA : 10

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SANTA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1138
DATA : 10/12/2024 NRO. PEDIDO: 38810201

CODIGO DE BARRA

PRODUTO	QDE.	VL UN	TOTAL
---------	------	-------	-------

/899150/35763

PERFURADOR 2Furos	1,00	56,90	56,90
-------------------	------	-------	-------

SUBTOTAL :		56,90	
------------	--	-------	--

TOTAL :		56,90	
---------	--	-------	--

FORMA DE PAGAMENTO :

04 - FATURA		56,90	
-------------	--	-------	--

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI

FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

ENDERECO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

WILLIAMS GARCA SP

Assinatura: _____

VENDEDOR: MARA

DATA/HORA IMPRESSAO : 10/12/2024 14:58

OPERADOR : BALCAO CAIXA : 10

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00282771647-0

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ODONTO SORRISO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.932.991/0001-03

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 7.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 47696081

Chave de Segurança: LS2A8S6WE4GGNEVF

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20241203u56932991000103

Número da Nota

00000006

Data e Hora de Emissão

03/12/2024 15:20:10

Código de Verificação

AD3X-SAYF

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 56.932.991/0001-03Inscrição Municipal: 1.471.650-0

Nome/Razão Social: ODONTO SORRISO MC LTDA

Endereço: AV YERVANT KISSAJIKIAN 1471 - VILA CONSTANCA - CEP: 04657-001

Município: São PauloUF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02Inscrição Municipal: ----

Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064

Município: GarçaUF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços Odontológicos Contrato de Gestão 001/2024 Prefeitura Municipal de Louveira Hospital Santo Antônio Plantão 02/11/2024 Diurno, Plantão 04/11/2024 Diurno, Plantão 05//2024 Noturno, Plantão 09/11/2024 Diurno, Plantão 11/11/2024 Diurno, Plantão 16/11/2024 Diurno, Plantão 19/11/2024, Plantão 23/11/2024 Diurno, Plantão 25/11/2024 Diurno, Plantão 30/11/2024 Diurno, Totalizando o valor de R\$ 7.000,00, Dados para depósito Banco 0260 Nu Pagamentos S.A Agencia 001 Conta 282771647-0 CNPJ 56.932.991/0001-03

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 7.000,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço

04693 - Odontologia.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00145551197-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DANTE LUCCHESI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.389.980/0001-10

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 2.100,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 48161910

Chave de Segurança: 83XY5HH9PVG0VH5W

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	Número da Nota 00000006		
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA	Data e Hora de Emissão 02/12/2024 16:24:55		
	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Código de Verificação SWGQ-9EIZ		
20241202u56389980000110				
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 56.389.980/0001-10		Inscrição Municipal: 1.462.182-7		
Nome/Razão Social: DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA LTDA				
Endereço: R ASCENSAO 22 - JARDIM TEXTIL - CEP: 03415-070				
Município: São Paulo		UF: SP		
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal: ----		
Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064				
Município: Garça		UF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br		
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ----		Nome/Razão Social: ----		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Contrato de Gestão 001/2024 Órgão Prefeitura Municipal de Louveira Hospital Santo Antônio Plantão Diurno 01/11/2024, Plantão Diurno 08/11/2024, Plantão Diurno 15/11/2024 Totalizando R\$ 2.100,00 Dados Para Depósito Banco 0260 Nu Pagamentos S.A Agencia 001 Conta Corrente 14555119- 7, CNPJ 56.389.980/0001-10				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 2.100,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04693 - Odontologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
{1} Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; {2} Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00345294111-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: JULIANA MENDONCA BEZERRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 57.034.020/0001-09

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 6.500,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 48453560

Chave de Segurança: Z275Y7TP0UKT401R

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20241204u57034020000109

Número da Nota

00000004

Data e Hora de Emissão

04/12/2024 15:37:28

Código de Verificação

RVKH-BPXJ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 57.034.020/0001-09Inscrição Municipal: 1.475.564-5

Nome/Razão Social: JULIANA MENDONCA BEZERRA ODONTOLOGIA LTDA

Endereço: R NICOLAU ALAYON 477, CASA 21 - INTERLAGOS - CEP: 04802-000

Município: São PauloUF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02Inscrição Municipal: ----

Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064

Município: GarçaUF: SPE-mail: controladoria@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço Odontológico- Contrato De Gestão 01/2024 Prefeitura Municipal de Louveira

Coordenadora e RT Odontologia de 01/11/2024 ate 26/11/24 R\$ 6500,00

Banco 260 Ag 0001 CC 3452941116 CNPJ57034020/0001-09 Juliana Mendonça Bezerra

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.500,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço

04693 - Odontologia.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	-		

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00288015787-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LARISSA GALVAO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.307.736/0001-61

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 1.400,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 48557607

Chave de Segurança: YMG9S8LVRF88LWCR

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20241202u16642828828

Número da Nota
00000008

Data e Hora de Emissão
02/12/2024 14:52:00

Código de Verificação
Y7LB-IJVS

PRESTADOR DE SERVIÇOS
CPF/CNPJ: **56.307.736/0001-61** Inscrição Municipal: **1.453.973-0**
Nome/Razão Social: **LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA LTDA**
Endereço: **R BALTAZAR LISBOA 170, APT 64 - VILA MARIANA - CEP: 04110-900**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS
Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064**
Município: **Garça** UF: **SP** E-mail: **controladoria@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS
CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS
Serviço odontológico - Contrato de Gestão 001/2024
Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio.

Plantões Realizados: 02/11 noturno e 03/11 diurno

Dados Bancários:
Banco 260 Nu Pagamentos S.A
Agência 0001
Conta Corrente: 288015787-1

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.400,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço
04693 - Odontologia.

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/12/2024 às 08:53:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00033951389-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: F C SERVICOS ODONTOLOGICOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.177.982/0001-46

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 5.600,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/12/2024

Data da Operação: 16/12/2024

Código da Operação: 48844568

Chave de Segurança: NFS8P0Y89AMA0NT3

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	Número da Nota 00000006	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA	Data e Hora de Emissão 03/12/2024 10:51:41	
	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Código de Verificação HDQI-JILJ	

20241203u56177982000146

PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 56.177.982/0001-46 Inscrição Municipal: 1.446.323-7				
Nome/Razão Social: FC SERVICOS ODONTOLOGICOS LTDA				
Endereço: R VIVEIROS DE CASTRO 88 - JARDIM SAO PAULO(ZONA - CEP: 02044-130				
Município: São Paulo UF: SP				

TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ----				
Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064				
Município: Garça UF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br				

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Serviços Odontológicos Contrato 001/2024 Órgão Prefeitura Municipal de Louveira Hospital Santo Antônio 03/11/2024 Plantão noturno, 06/11/2024 Plantão Diurno, 06/11/2024 Plantão noturno, 13/11/2024 Plantão diurno, 20/11/2024 Plantão diurno, 22/11/2024 Plantão diurno, 27/11/2024 Plantão diurno, 29/11/2024 Plantão diurno Totalizando R\$ 5.600,00, dados para depósito Banco 336 Banco C6 S.A Agencia 001, Conta Corrente 33951389-6 CNPJ 56.177.982/0001-46 Chave PIX 56.177.982/0001-46				

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 5.600,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço 04693 - Odontologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço -		Número Inscrição da Obra -	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte -	

OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

17/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202412161924b2464ad553e

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 16/12/2024 às 16:39:13

Valor Original: R\$ 40.372,57 **Valor Atualizado:** R\$ 40.372,57 **Tarifa:** R\$ 8,50

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: LEMES TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA

CNPJ: 31.275.474/0001-70

Instituição: BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Código da operação: 39834837318

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: <http://www.barueri.sp.gov.br/nfe>	Data Emissão 22/07/2024		Hora Emissão 11:27		NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA		
	Código Autenticidade 135V.8167.8961.0492699-U		Número da Nota 000474			Série da Nota	
			Número RPS		Série RPS		Data RPS

Prestador de Serviços LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE AVENIDA SAGITARIO , 138 - CONJUNTO COMERCIAL 1313B - TORR SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE CEP 06473-073 - BARUERI - SP CNPJ/CPF 31.275.474/0001-70 Telefone Inscrição Municipal 4.94147-8 e-mail
--

Nome Tomador de Serviços ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			
Endereço RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50			Complemento			
CEP 17402-064	Bairro WILLIAMS		Cidade GARCA		UF SP	
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR						
Qtde 1	Descrição do Serviço MEDICINA		Código Serviço 040117212	Alíquota 2,00	Valor Unitário 51.750,00	Valor Total 51.750,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES					
Serviços prestados conforme contrato de gestão nº 001/2024, firmado entre o tomador e o município de Louveira/SP nas especialidades: Clínica Médica e Pediatria Plantões Médicos Clínica Médica: 15 plantões R\$ 24.750,00 Plantões Médicos Pediatria: 15 plantões R\$ 27.000,00 Valor total dos serviços referente ao período de 01/07 a 15/07: R\$ 51.750,00 Local: LOUVEIRA/SP CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 VALOR LIQUIDO: R\$ 48.567,37 Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.					

VALORES DE REPASSE A TERCEIROS R\$ 0,00	Observações ISSQN devido a: BARUERI-SP
--	--

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
776,25	336,38	1.552,50	517,50

VALOR TOTAL DA NOTA	51.750,00
----------------------------	------------------

Fatura Nº	Valor da Fatura R\$	Forma Pagamento
Valor por Extenso		

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe		Código Autenticidade 135V.8167.8961.0492699-U	
RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS		Número da Nota 000474	Série da Nota
Local	Data	Assinatura	

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8907	ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA	598.509.748-00	000746554847-1	411,17
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	017.039.464-64	000744761704-1	529,31
9070	ALDIR ALVES SILVA SOARES	005.642.725-58	000746554814-5	249,17
8631	ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES	282.565.688-79	000744762051-4	878,61
8612	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	488.512.448-47	000744762054-9	520,00
8632	AMANDA LEITE MACHADO	378.318.698-67	000744762053-0	776,69
8633	ANA CLEIA ALVES DA SILVA	042.771.081-21	000744762057-3	905,74
8817	ANA GLORIA LOPES DA SILVA	045.996.254-00	721969671-0	550,62
8651	ANA MARIA COELHO ROMAO	108.180.838-16	000744751635-0	886,42
8634	ANA PAULA ALVES DA SILVA	034.403.481-05	000744761688-6	776,61
8674	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	401.205.148-26	000730323435-8	762,02
8781	ANDREA DOS SANTOS	418.946.908-42	000744409344-0	657,00
8807	ANDREIA APARECIDA GARCIA	282.581.448-20	721969678-8	660,23
8616	ANGELA MARIA CANDIDO	328.960.728-37	000744762055-7	762,02
8652	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	136.810.494-08	000744762056-5	825,67
8683	BIANCA DE FREITAS	083.965.884-22	000744761691-6	623,28
8710	BIANCA SOUZA MESSIAS	029.380.545-80	000744761686-0	657,00
9056	BRUNA CAROLAYNE DOS SANTOS G	149.651.286-30	000746554848-0	245,67
8585	BRUNA MENDES DOS SANTOS	468.611.218-43	000744762045-0	494,20
8593	CONCEICAO DA SILVA MARTINS	322.529.828-02	000744762036-0	1.069,75
8768	DANIELA DA SILVA BARBOSA	349.766.538-03	000744409345-9	657,00
8617	DANIELE BARROS DIAS	064.466.175-50	000744762043-3	762,02
9057	DEBORA CASSIANA DOS SANTOS	332.320.668-10	000746554838-2	228,65
8606	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES	407.511.418-01	000744762038-7	1.376,72
8586	DEISIANE MACIEL TELES	396.271.268-29	000744762041-7	519,90
8618	DELFRAN JOSE DE SANTANA	059.816.155-40	000744761685-1	762,02
8637	EDILENA DIOGO RIBEIRO	310.307.658-47	000744761682-7	910,29
8607	EDINEIA DIOGO CAINELI	004.814.519-00	000744758621-9	1.228,13
9063	ELISANGELA BUENO	168.496.508-07	000746554811-0	399,17
8891	ELTON GONCALVES DE FREITAS	346.579.748-58	734516976-7	888,14
8619	EMILLY FERREIRA JORGE	089.820.446-12	000744762032-8	755,99
8702	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	269.625.168-19	000744751723-3	1.456,42
8620	FABIULA DE JESUS SILVA	450.623.728-52	000744758612-0	762,02
8666	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS	372.418.278-30	000744762031-0	616,61
8613	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELI	418.188.038-95	000744762028-0	536,76
8638	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	334.416.328-00	000744757375-3	912,67
8820	GABRIEL SILVA DE SOUZA	435.545.158-50	721969668-0	583,44
8639	GABRIELA FALAVINHA M LIMA	477.005.118-29	000744762029-8	923,72
8961	GABRIELA SABRINA DE OLIVEIRA	358.398.698-99	000746554821-8	616,73
8802	GARDENIA ALVES DA ROSA TAVARE	279.281.538-82	721969685-0	657,00
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COST.	274.310.598-41	000744762023-9	1.131,02
8695	GEOVANA ROSA DOS SANTOS	480.148.818-85	000744762022-0	1.176,63
8815	GEOVANNI DE PAULA	401.082.198-10	721969672-9	791,69
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	333.645.528-60	000744762019-0	912,25
8681	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS D	873.215.054-72	000744762017-4	419,38
8782	GRACIELE PEREIRA SANTOS ALVES	057.788.805-61	744408931-1	467,33
8641	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS	358.386.428-07	000744762018-2	762,02
8719	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS	395.270.168-86	000744762016-6	907,18
8688	IDIRLEI FERNANDO DE MELO	325.873.718-56	000744762015-8	767,91
8622	JANAINA FERNANDES LISBOA	112.404.416-73	000744762009-3	762,02
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	372.515.838-01	000744761677-0	1.260,56
8599	JESSICA MAYARA KAIP	405.633.238-09	000744762005-0	1.272,78
8600	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	115.469.734-78	000744762007-7	1.096,26
8692	JOYCE ROBERTA LEO	289.244.948-05	000744758607-3	554,91
8601	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES B	123.478.557-94	000744762006-9	1.053,82
8677	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA	246.164.138-27	000744761667-3	509,66
8661	LEILIANE VIEIRA SOARES	378.216.928-08	000744761672-0	531,73
9034	LEONILSA CALDEIRA	164.551.548-60	000746554827-7	221,10
8811	LIDIANY ROBERTA FELIZARDO DA S	390.017.298-60	721969679-6	651,32
8947	LILIANE DOS SANTOS DA SILVA	155.842.218-80	000732409836-4	444,26
8662	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAC	292.367.948-23	000744751583-4	1.049,64
8663	LUIZ CARLOS DA SILVA	763.993.708-68	000744762001-8	634,20
8609	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES	087.568.594-30	000744761999-0	1.229,19
8644	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVE	062.747.614-70	000744761998-2	762,02
8805	MARCOS ANTONIO GOMES DA SILV	120.580.034-46	721962995-9	469,09
8766	MARIA APARECIDA CAMURCI PERCE	219.604.258-70	000744409342-4	1.036,95
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	427.314.372-00	000744761674-6	508,70
8888	MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE PA	297.389.638-00	734516977-5	764,39
8658	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAC	149.956.938-66	000730380841-9	882,70
9051	MARIA CLAUDIA OTUZI DE OLIVEIR	081.307.208-50	000746554812-9	875,52
8881	MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS	873.167.495-04	734516975-9	764,39
8615	MARIA FELICIANO DE ANDRADE SIL	161.778.528-82	000744761993-1	570,20
8626	MARIA QUINO DA SILVA	923.280.244-91	000744761992-3	782,89
8645	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTO	120.530.094-54	000744761994-0	895,67
8580	MARIANA DE LURDES ALBINO	480.129.568-10	000744761988-5	533,75
9065	MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA	072.154.534-30	000746554816-1	665,89

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8610	MARILANDY LIMEIRA	042.633.864-26	000744761991-5	1.355,77
8796	MARILENE ROCHA DE SOUZA	301.230.868-76	721969684-2	758,46
8678	MARINA APARECIDA BATISTA	498.294.578-00	000744761983-4	491,16
8627	MARLANDIA DE MATOS GOMES	080.087.414-57	000744761985-0	776,44
8654	MARLENE LOPES COSTA	165.293.668-81	000744761984-2	885,52
8602	MIDIAN XAVIER MAGALHAES	393.265.078-66	000744761982-6	1.245,24
8716	MONALIZA CALISTO LIMA	063.528.693-94	000744761975-3	657,00
8789	NALANDA LEITE MALDONADO CONI	491.089.168-45	744408923-0	457,62
8628	NATALIA MARCELA DOS SANTOS LL	105.585.596-38	000744761973-7	762,02
8803	NITHIA ROBERTA MONTEIRO	259.759.188-39	721969682-6	767,92
8590	PAULA SILVA TORRES	453.887.278-40	000744761977-0	606,17
8963	RAFAELA DE SOUZA MILANESI	109.935.539-74	000746554803-0	616,73
8665	RAMON BARBOSA NASCIMENTO	422.842.158-07	000744761968-0	876,91
8582	RICARDO DA SILVEIRA ROSA	138.946.198-05	000744761966-4	533,75
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS	954.308.654-00	000744761967-2	614,77
8648	RONILSON FERNANDES DE AZEVED	043.299.555-20	000744761959-1	762,02
8708	ROSANA APARECIDA DA SILVA	302.940.908-27	000744761964-8	897,00
8689	RUTIERI ROCHA DA SILVA	331.054.368-47	000744761961-3	762,02
8583	SARAH VITORIA MATOS	489.622.968-10	000744761951-6	584,58
8656	SHEILA SOARES ANDRADE	073.861.373-89	000744761953-2	900,91
8603	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO	215.877.698-67	000744761664-9	1.049,64
8630	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS	816.263.985-34	000744761946-0	300,34
8584	SUZANA GONCALVES FERREIRA MO	163.475.008-09	000744761943-5	991,46
8816	TATIANE DOS REIS	350.713.528-00	721969673-7	550,62
8908	TELMA APARECIDA ZANONI GONÇA	102.264.728-84	000746554788-2	405,37
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	272.936.988-01	000744761942-7	1.343,58
8596	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA	105.578.726-77	000744761944-3	1.176,43
9050	VITORIA MARIA ARTERO DA SILVA	427.951.888-21	000746554799-8	485,81
Empregados: 104		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 78.528,86

GARCA, 17/12/2024

Responsável:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/0194/00001016888-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GILENE FERNANDES DE SOUZA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 303.455.668-31

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 156,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 84843787

Chave de Segurança: Z6NG6CWLCLNEUF2

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000012353-2

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GRASIELE MOANE FIEL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 496.787.518-10

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 156,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 85121356

Chave de Segurança: E2T3MNKL4ZJ9G6JG

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00166167469-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MARIA GARDENIA SOUZA LIMA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 069.101.353-50

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 156,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 85287173

Chave de Segurança: SUEKLURPUPA108WT

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2254/00000028420-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MAURO DE SOUZA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 041.198.738-03

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 156,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 85391309

Chave de Segurança: N41NYTMQ3LY8JAM2

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000003985-2

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: JOAO BATISTA MORAIS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 016.068.204-51

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 156,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 85512754

Chave de Segurança: WLXXLRHFWTR8JEX9

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 290/0001/00078366756-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: JOELMA SANTOS DA SILVA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 351.039.938-21

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 170,73

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 85708381

Chave de Segurança: W3X0HTE87JMA7P6Q

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000501850-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MARLUCE PEREIRA SANTOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 088.377.256-63

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 148,96

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 85849653

Chave de Segurança: RP9NN1XUZ7THC7CM

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:28:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/0962/00001019581-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ERICA FERREIRA JORGE

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 080.789.446-08

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 156,66

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 86145384

Chave de Segurança: 7RGJEPCY2FUR3KY7

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:53:41

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000856891058-9

Dados do Destinatário

Nome: EDMILSON FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 156,66

Informações do Pagamento

Data da Transação: 17/12/2024

Código da Operação: 171130

Chave de Segurança: F13NRZJUKM9CXQZW

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:53:41

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000853685704-6

Dados do Destinatário

Nome: IARA RIBEIRO DOS SANTOS SA

Valor: R\$ 156,66

Informações do Pagamento

Data da Transação: 17/12/2024

Código da Operação: 171130

Chave de Segurança: R8AWK1PNT4CQV56U

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:53:41

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000760502413-5

Dados do Destinatário

Nome: JOSINEIDE FIEL DOS SANTOS

Valor: R\$ 156,66

Informações do Pagamento

Data da Transação: 17/12/2024

Código da Operação: 171131

Chave de Segurança: 499UJ12MPMUX2NZ2

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:53:41

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 3476 / 3701 / 000587233105-0

Dados do Destinatário

Nome: JOSIANE DA MATA AMARAL

Valor: R\$ 156,66

Informações do Pagamento

Data da Transação: 17/12/2024

Código da Operação: 171131

Chave de Segurança: 1EGUYLP070YXCVGQ

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:53:41

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 1350 / 3701 / 000590451216-0

Dados do Destinatário

Nome: JOSE MARTINIANO DA SILVA

Valor: R\$ 156,66

Informações do Pagamento

Data da Transação: 17/12/2024

Código da Operação: 171132

Chave de Segurança: AES9VRQL8Y7W8VLT

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 11/01/2025 às 13:58:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2254/000000033803-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SILVIA DE SOUZA YANSEN

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 287.939.998-01

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 419,38

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 17/12/2024

Data da Operação: 17/12/2024

Código da Operação: 88174779

Chave de Segurança: 5MECF29QVMW89XQK

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

PAGAMENTO EM DINHEIRO

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
9291	EDMILSON FRANCISCO DA SILVA	724.498.294-15	156,66
9080	ERICA FERREIRA JORGE	080.789.446-08	156,66
9076	GILENE FERNANDES DE SOUSA	303.455.668-31	156,66
9083	GRASIELE MOANE FIEL DOS SANTO	496.787.518-10	156,66
9082	IARA RIBEIRO DOS SANTOS SA	056.595.336-20	156,66
9289	JOAO BATISTA MORAIS	016.068.204-51	156,66
9072	JOELMA SANTOS DA SILVA	351.039.938-21	170,73
9086	JOSE MARTINIANO DA SILVA	620.585.849-53	156,66
9084	JOSIANE DA MATA AMARAL SANTO	297.821.168-74	156,66
9085	JOSINEIDE FIEL DOS SANTOS	006.122.565-70	156,66
9269	MARIA GARDENIA SOUZA LIMA	069.101.353-50	156,66
9078	MARLUCE PEREIRA SANTOS	088.377.256-63	148,96
9268	MAURO DE SOUZA	041.198.738-03	156,66
8591	SILVIA DE SOUZA YANSEN	287.939.998-01	419,38
Empregados: 14		Estagiários: 0	Contribuintes: 0
Total da Empresa:			2.462,33

GARCA, 16/12/2024

Responsável:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6845/00000031205-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: PROSPERER

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 10.899.196/0001-51

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 1.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 46813553

Chave de Segurança: F504X9LLJEPWMKM

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

16703581NP



Nº Nota
120
Série 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
02/DEZ/2024 - 11:18:34
Competência
12/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Razão Social/Nome: PROSPERER LTDA
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: 10.899.196/0001-51
Endereço: RUA CAMPOS SALLES, 107
Complemento LOC.. 047 Q.. 00L L.. 006
Município: São Carlos
E-mail: ADALBERTO@PROSPERER.COM.BR

Insc. Municipal: 55325

Insc. Estadual:

Bairro: VILA MONTEIRO
UF: SP

CEP: 13.560-296
País: BRASIL
Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
Endereço: JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303
Complemento: SALA 03
Município: LINS
E-mail: CONTABILIDADE2@AHBB.ORG.BR

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Bairro: JARDIM ARIANO
UF: SP

CEP: 16.400-400
País: BRASIL
Telefone: 14 35325198

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço de auditoria externa.

Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dados bancários:
Banco do Brasil
Agência 6845-4
Conta 31205-3
Chave Pix: 10.899.196/0001-51

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.000,00

Local de Prestação: SÃO CARLOS - SP

Local de Incidência : SÃO CARLOS

Cod. CNAE: 8211300 - Ativ. Serviço: 17.12 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Valor do INSS Retido (R\$) 0,00	Valor do IRRF Retido (R\$) 0,00	Valor do CSLL Retido (R\$) 0,00	Valor do PIS Retido (R\$) 0,00	Valor do COFINS Retido (R\$) 0,00
Vlr Deduções (R\$) 0,00	Outras Retenções (R\$) 0,00	Base de Cálculo do ISS (R\$) 1.000,00	Alíquota 2,00	Valor do ISS (R\$) 20,00
				Valor Líquido da Nota (R\$) 1.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) PROSPERER LTDAOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:
16703581NP

Número da Nota:
120

Local

Data

Assinatura

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0049/00000059420-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: TH ENGENHARIA CLINICA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 4.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 46919502

Chave de Segurança: 03AM6EWRLR0JV7UZ

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20241202u42160334000172

Número da Nota

00000263

Data e Hora de Emissão

02/12/2024 15:47:37

Código de Verificação

NAQ9-D1BP**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **42.160.334/0001-72**Inscrição Municipal: **6.958.531-8**Nome/Razão Social: **TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA**Endereço: **AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064**Município: **Garça**UF: **SP**E-mail: **controladoria@ahbb.org.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

servicos de manutencao de equipamentos hospitalares

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

NOV 2024

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 4.000,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
07498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, elevadores e congêneres.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/1751/00000099790-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: NUMERA ASSESSORIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 53.504.385/0001-90

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 8.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 47034145

Chave de Segurança: 9PKXXPMZGL576SKH

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS			Nº Nota 71	
	SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS			Série 2	
	NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA			Nº RPS: -	
	Código de Verificação 16754394YF			Data de Emissão 02/DEZ/2024 - 14:47:00	
				Competência 12/2024	

PRESTADOR DE SERVIÇOS					
Razão Social/Nome: NUMERA ASSESSORIA CONTABIL					
Nome Fantasia:		Insc. Municipal: 102712		Insc. Estadual:	
CNPJ/CPF: 53.504.385/0001-90					
Endereço: RUA JOAO BATISTA CARRI, 134				CEP: 13.568-410	
Complemento		Bairro: PARQUE		País: BRASIL	
Município: São Carlos		UF: SP		Telefone:	
E-mail: KELBELTRAMI@GMAIL.COM					

TOMADOR DE SERVIÇOS					
Razão Social/Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02		Insc. Municipal:		Insc. Estadual:	
Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS, 50					
Complemento:		Bairro: WILLIAMS		CEP: 17.402-064	
Município: GARCA		UF: SP		País: BRASIL	
E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
servico de assessoria contabil					
Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira					
NOV 2024					

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.000,00					
Local de Prestação: SÃO CARLOS - SP			Local de Incidência : SÃO CARLOS		
Cod. CNAE: 6920601 - Ativ. Serviço: 17.19 - Atividades de contabilidade					
Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$)	Valor do COFINS Retido (R\$)	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Vlr Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido da Nota (R\$)
0,00	0,00	8.000,00	3,00	240,00	8.000,00
OUTRAS INFORMAÇÕES					
O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.					
Empresa optante do Simples Nacional.					

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) NUMERA ASSESSORIA CONTABILOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e			Código de Verificação: 16754394YF	
Local Data Assinatura			Número da Nota: 71	

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0049/00000052941-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GESTARE SERVICOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 32.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 47122868

Chave de Segurança: XQVF5LWR3UNW8CUC

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA Código de Verificação 16701573GU				Nº Nota 237
					Série 2
					Nº RPS: -
					Data de Emissão 02/DEZ/2024 - 11:02:49
					Competência 12/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS		
Razão Social/Nome: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA	Insc. Municipal: 92592	Insc. Estadual:
Nome Fantasia:		
CNPJ/CPF: 34.298.678/0001-14		
Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 2696	Bairro: CENTRO	CEP: 13.560-240
Complemento LOC.. Q.. 002 L.. 029	UF: SP	País: BRASIL
Município: São Carlos		Telefone:
E-mail: CONTABILIDADE@GESTARECSC.COM.BR		

TOMADOR DE SERVIÇOS		
Razão Social/Nome: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Insc. Municipal:	Insc. Estadual: 104244
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02		
Endereço: RUA DR OLANDO THIAGO SANTOS, 50	Bairro: WILLIAMS	CEP: 17.402-064
Complemento:	UF: SP	País: BRASIL
Município: GARÇA		Telefone: (14)3532-5198
E-mail: MCC@MCCASSESSORIA.COM.BR		

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	
rateios corporativos 32.000,00 Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira NOV 2024	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES					
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 32.000,00					
Local de Prestação: SÃO CARLOS - SP			Local de Incidência : SÃO CARLOS		
Cod. CNAE: 8211300 - Ativ. Serviço: 17.12 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo					
Valor do INSS Retido (R\$) 0,00	Valor do IRRF Retido (R\$) 0,00	Valor do CSLL Retido (R\$) 0,00	Valor do PIS Retido (R\$) 0,00	Valor do COFINS Retido (R\$) 0,00	
Vlr Deduções (R\$) 0,00	Outras Retenções (R\$) 0,00	Base de Cálculo do ISS (R\$) 32.000,00	Alíquota 3,00	Valor do ISS (R\$) 960,00	Valor Líquido da Nota (R\$) 32.000,00
OUTRAS INFORMAÇÕES					
O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.					
Empresa optante do Simples Nacional.					

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e			Código de Verificação: 16701573GU	
Local _____ Data _____ Assinatura _____			Número da Nota: 237	

Louveira/SP, 30 de Novembro de 2024.

**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL -
AHBBCNPJ: 45.349.461/0001-02**

UNIDADE: Hospital Santo Antonio – Louveira - SP

Prezados,

Encaminhamos relatório dos trabalhos realizados na ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB, Unidade :Hospital Santo Antonio –Louveira-SP

- Admissões no sistema via intranet

CONTRATO DE GESTÃO – 001/2024 – Hospital Santo Antonio-Louveira/SP

Período: 01/11/2024 a 30/11/2024

Aividades realizadas no mes de Novembro de 2024

1. Departamento Pessoal e Recursos Humanos:

- Envio das admissões para o esocial
- Controle dos atestados no esocial
- Importação e leitura diária das marcações de pontos
- Criação de escalas e horários de trabalho
- Suporte a equipe da unidade
- Calculo de férias
- Envio do pagamento de férias para o financeiro
- Levantamento de documentos de processos trabalhistas
- Organizações das audiencias
- Calculos de rescisões
- Envio do fgts digital multa 40%
- Seguro desemprego
- Envio do pagamento das rescisões para o financeiro
- Calculo da folha de pagamento
- Envio do pagamento da folha de pagamento para o financeiro
- Provisões mensais
- Envio do e social

- Envio do darf
- Envio do fgts digital
- Solicitações de seguro de vida, vale alimentação e vale transporte
- Envio da dirf
- Controle do quadro de funcionários
- Aprovação vagas novas
- Apuração de conflitos
- Acompanhamento do rh da unidade

2. Auditoria e Controladoria:

- Aprovação das compras mensais de todos os setores
- Fechamento DRE e Teto de Gastos no mes
- Conciliação contas bancárias e sistema
- Fechamento do relatório mensal financeiro do projeto
- Encaminhado ao diretor local o relatório das receitas e despesas no mes
- Correções de notas em desacordo com o projeto

3. Contabilidade e Fiscal:

- Apuração dos Impostos federais e inclusão no e-cac para gerar guia
- Lançamentos no sistema da Prefeitura (Tomador de serviço) para emissão de guia de ISS e atendimento da lei referente a inclusão no sistema de todas as notas de serviços.
- Conciliação de contas contábeis
- Confecção do balanço e balancete conforme normas contábeis para o terceiro setor

4. Apoio Administrativo:

- Reuniões internas e externas com o apoio local
- Auxílio direto aos membros de toda a equipe
- Organização de documentos
- Controle de arquivos
- Controle de matérias de escritório
- Recebimento de correspondências
- Atendimento de ligações

CARLA LIMA
SATO:07447437883

Assinado de forma
digital por CARLA LIMA
SATO:07447437883

Carla Lima Sato

Diretoria Financeira

CPF: 074.474.378-83

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 403/0001/00005199973-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: TOMUS X SERVICOS DE RADIOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 57.008.038/0001-28

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 35.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 47316569

Chave de Segurança: 1S3GUVQW9GTFH6LQ

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota

00000002

Data e Hora de Emissão

02/12/2024 13:28:28

Código de Verificação

55843256



Nome/Razão Social: TOMUS-X SERVICOS DE RADIOLOGIA LTDA

CPF/CNPJ: 57.008.038/0001-28

Inscrição Municipal: 00994201-7

Endereço: RUA RODION PODOLSKY, Nº000697 - BAIRRO VILA ANHANGUERA - CEP:13031-870

Município: CAMPINAS

UF: SP

Telefone: ()

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal: 00000000-0

Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, Nº50 - BAIRRO WILLIAMS - CEP:17402-064

Município: GARÇA

UF: SP

E-mail: mcarsten@ahbb.org.br

Telefone: (16) 33748438

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 - ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA - HOSPITALSANTO ANTÔNIO

PRESTAÇÃO DE MÃO DE OBRA - R\$ 35.000,00

PRAZO PARA PAGAMENTO: 06/12/2024

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO CORA SCD - 403

TOMUS-X - CNPJ: 57.008.038/0001-28

AGÊNCIA: 0001 - CONTA: 5199973-1

Tributável SIM	Item PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	Qtde 1	Unitário R\$ 35.000,00	Total R\$ 35.000,00
	Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 8640-2/05-00 - Servicos de diagnostico por imagem com uso de radiacao ionizante, exceto tomografia.			

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

PIS (0,0000%):
R\$ 0,00

COFINS (0,0000%):
R\$ 0,00

INSS (0,0000%):
R\$ 0,00

IR (0,0000%):
R\$ 0,00

CSLL (0,0000%):
R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 35.000,00

Deduções Base Cálculo ISSQN:
R\$ 0,00

Base de Cálculo ISSQN:

Alíquota ISSQN:

Alíquota Efetiva ISSQN:

ISSQN Devido:

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência da Nota Fiscal: 12/2024

Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional

CNAE: 8640-2/05-00

Descrição da Atividade: SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIACAO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA

Serviço: 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

Local da Prestação do Serviço: CAMPINAS/SP

Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. - ISSQN devido a Campinas

https://issdigital.campinas.sp.gov.br/NotaFiscal/notaFiscal.php?id_nota_fiscal=NjgyMTk4OTA4&confirma=Uw==&temPrestador=Uw==

1/1

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/1566/00013002608-2

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: BRASIL COMERCIO E SERVICOS GASES

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 48.654.183/0001-95

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 5.232,50

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 47482899

Chave de Segurança: 0QG2HV0KCS1X6MKK

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 077/0001/00038202316-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: BRUCTOR PARTNERDS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 06.995.838/0001-49

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 5.912,55

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 47688417

Chave de Segurança: CS75K0NXQMMX15KG

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO Departamento de Finanças Rua 7 de Setembro, 398 - Centro	Número do RPS	Número da nota 7
		Data da emissão da nota 05/12/2024 12:47:39	
		Data do fato gerador 05/12/2024 12:47:39	
		Código de verificação BATOGX4XO	

PRESTADOR DE SERVIÇOS	
Nome fantasia: BRUCTOR PARTNERS	
Nome/Razão social:BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	
Inscrição estadual:	
CPF/CNPJ:06.995.838/0001-49 Inscrição municipal:120869	
Telefone:(11) 5599-3561	
Endereço: R CONSTANCIO MARTINS SAMPAIO Número: 115 Bairro: PARQUE DO SOL NASCENTE CEP: 14270-000	
Complemento: B	
Celular:(11) 99503-0393	
Município: Santa Rosa de Viterbo	
UF: SP	
E-mail: fernandodosscoelho@hotmail.com	
Site:	

TOMADOR DE SERVIÇOS	
Nome fantasia:	
Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Inscrição municipal:	
Inscrição estadual:	
Endereço: RUA DR. ORLANDO T SANTOS Número: 50 Bairro: WILLIAMS CEP: 17402-064	
Complemento:	
Município: Garça	
UF: SP	
E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR	
Telefone: (16) 3374-8438	
Celular:	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇO ODONTOLÓGICO - CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.	6.300,0000	1,0000	6.300,0000	6.300,00x3,00=	189,00
PLANTÕES REALIZADOS:					
Bruno:					
04/11					
Fernando:					
01/11;07/11;10/11;14/11;17/11;21/11;24/11 e 28/11					
DADOS BANCÁRIOS:					
BANCO: 077 - INTER					
AGÊNCIA: 0001-9					
CONTA CORRENTE: 38202316-1					
.					

Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	5.912,55				

RETENÇÕES FEDERAIS					
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 40,95	R\$ 189,00	R\$ 0,00	R\$ 94,50	R\$ 63,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 6.300,00		Valor líquido = R\$ 5.912,55			

Códigos dos serviços:				
04.12 - Odontologia.				
Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	6.300,00	189,00

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Natureza da operação: Tributação no município	
Situação tributária do ISSQN: Normal	
Local da prestação do serviço: Louveira	
Valor aproximado do tributo federal - R\$ 847,35 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 134,19 (2,13%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT	
Verificar autenticidade	

ESCALA DENTISTAS NOVENBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (FC)	03N, 06D, 06N, 13D, 20D, 22D, 27D, 29D	Qt'd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
Fernando Coelho (Bructors)	01N, 07D, 10D, 14D, 17D, 21D, 24D, 28D	8	R\$ 5.600,00
Bruno Coelho (Bructors)	04N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	01D, 08D, 15D	1	R\$ 700,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	02D, 04D, 05N, 09D, 11D, 16D, 18D, 23D, 25D, 30D	3	R\$ 2.100,00
Larissa Galvão	02N, 03D	10	R\$ 7.000,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	05D, 12D, 19D, 26D	0	R\$ 6.500,00
TOTAL		4	R\$ 2.800,00
		36	R\$ 31.700,00

Obs: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/9122/00000000212-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SITCON TECNOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 42.323.482/0001-60

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 13.475,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 48173051

Chave de Segurança: EUYMURHVZRW8Y912

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Fatura de Locação

081024

Data da emissão
de Nota/Fatura:

Emissão: 11/12/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: SITCON TECNOLOGIA E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LTDA

CNPJ/CPF: 42.323.482/0001-60

Inscrição Municipal: 41719

Inscrição Estadual: ISENTO

Endereço: RUA SANTA ANGÉLICA, 222

CEP: 13.320-000

Complemento: Não Informado

Bairro: JARDIM SÃO GABRIEL II

Município: SALTO

UF: SP

País: BRASIL

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB - Rede Santa Casa

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

Inscrição Estadual: ISENTO

Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS Nº: 50

CEP: 17.402-064

Complemento:

Bairro: WILLIAMS

Município: Garça

UF: SP

País: BRASIL

FATURA DE LOCAÇÃO

Serviços prestados:

Período: 01/10/2024 a 31/10/2024

Local da prestação de serviço: R. Dalvo Luiz Martins Cruz, 63 - Jardim Lago Azul

Louveira - SP, 13291-010

Contrato de gestão: (Contrato de Gestão nº 001/2024 – PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA)

Equipamentos	Valor Und.	Valor Mês
6 Impressora de etiqueta	R\$ 320,00	R\$ 1.920,00
13 Impressoras Laser Mono	R\$ 340,00	R\$ 4.420,00
02 Mini Pc	R\$ 125,00	R\$ 250,00
05 Transformadores	R\$ 140,00	R\$ 700,00
29 Computadores Dell	R\$ 165,00	R\$ 4.785,00
01 Impressora Multicolorida	R\$ 350,00	R\$ 350,00
03 Impressoras 4080	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00

Valor: R\$ 13.475,00

CONTRATO DE GESTÃO 001/2024

Conta para depósito:

Banco do Brasil

Agência: 9122-7

C/C: 212-7

Desobriga-se a emissão da Nota Fiscal de Serviços por não constar na lista de serviços tributáveis da Lei Complementar Federal 116./123. Item 301.

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34193.99360 00338.880010 90010.442490 1 42144385000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BENEFICIOS UPS LTDA **CPF/CNPJ:** 17.359.884/0001-78

Nome/Razão Social: BENEFICIOS UPS LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 20/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 33888

Valor Calculado (R\$): 33888

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 33888

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929335893

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

		SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO		NÚMERO NOTA 16520	
		Secretaria Municipal de Finanças		DATA E HORA DA EMISSÃO 22/11/2024 14:01:38	
		NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e		CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO XSCBYZUT	
		RPS Nº 2211939 Série 1, emitido em 22/11/2024			
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
	CPF / CNPJ	17.359.884/0001-78		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	68898843
	NOME / RAZÃO	BENEFICIOS UPS LTDA -EPP			
	ENDEREÇO	Rua Pedro Toledo, 15			
	MUNICÍPIO	São Paulo		TELEFONE	47669180
	COMPLEMENTO	Complemento conjunto 15			
TOMADOR DE SERVIÇOS					
CPF / CNPJ	45.349.461/0001-02		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		
NOME / RAZÃO	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		E-MAIL	ger.rh@ahbb.org.br	
ENDEREÇO	Rua Doutor Orlando Thiago Santos - Williams - CEP: 17402064, 50				
MUNICÍPIO	Garça		TELEFONE	30111234	
COMPLEMENTO					
LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) São Paulo			LOCAL DA INCIDÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S) São Paulo		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
NOTA REFERENTE AO SERVIÇO NO FORNECIMENTO DE VALE ALIMENTAÇÃO - LOUVEIRA					
TOTAL BENEFICIOS: 33.887,00					
TOTAL DO PEDIDO Nº 51692 : 33888,00					
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$1,00					
CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO					
03205 - Fornecimento e Administração de vales-refeicao, vales-alimentacao, vales-transporte e similares					
PIS	COFINS	IMPOSTO DE RENDA	INSS	CSLL	
R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	
VALOR DEDUÇÃO	DESCONTO INCONDICIONADO		DESCONTO CONDICIONADO		OUTRAS RENTENÇÕES
R\$0,00	R\$0,00		R\$0,00		R\$0,00
TOTAL LÍQUIDO DA NOTA	BASE DE CÁLCULO ISS	ALÍQUOTA ISS (%)	VALOR DO ISS	VALOR DO ISS RETIDO	
R\$0,00	100,00	0,00%	R\$0,00	R\$0,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES					
Data e Hora da Impressão: 22/11/2024 14:01:38					
Up Benefícios					
Recebi(emos) de BENEFICIOS UPS LTDA -EPP os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica de Serviço (NFS-e) ao lado.				NÚMERO NOTA	
/ / DATA				16520	
Identificação e Assinatura do Recebedor					



Fatura

Data de Emissão: 22/11/2024
Nro.: 9881
Departamento: LOUVEIRA -
45.349.461/0001-02

Prestador

BENEFICIOS UPS LTDA EPP
ENDEREÇO: RUA PEDRO DE TOLEDO 130, CONJ 15
BAIRRO: VILA CLEMENTINO

CNPJ: 17.359.884/000178
CEP: 04039-000
MUNICIPIO: SÃO PAULO

Tomador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO: Rua Doutor Orlando Thiago Santos 50
BAIRRO: Williams

CNPJ: 45.349.461/0001-02
CEP: 17402-064
MUNICIPIO: Garça

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE ALIMENTAÇÃO DO PEDIDO Nº 51692.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Alimentação -

Período de 01/11/2024 até 30/11/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 33.887,00
REPASSE:	R\$ 0,00
OUTRAS TAXAS:	R\$ 0,00
DESCONTO GESTÃO UP:	R\$ 0,00
TAXA GESTÃO UP:	R\$ 0,00
TAXA DE EMISSÃO DO CARTAO:	R\$ 0,00
TAXA DE ENTREGA:	R\$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras:	R\$ 0,00
TOTAL DA FATURA:	R\$ 33.887,00

Observações:

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

34191.09008 10442.490149 21443.850009 3 99360003388800

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário		Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5		R\$		109/00104424-9
Número do documento		CPF/CNPJ		Vencimento		Valor documento
000104424		17359884000178		20/12/2024		R\$ 33.888,00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa		(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado
Pagador						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Rua Doutor Orlando Thiago Santos						
Williams - 3516705/SP - CEP: 17402-064						

Instruções Autenticação mecânica
Não Receber após o vencimento
Boleto referente ao Pedido 51692 de 01/11/2024 a 30/11/2024. Departamento: LOUVEIRA - 45.349.461/0001-02

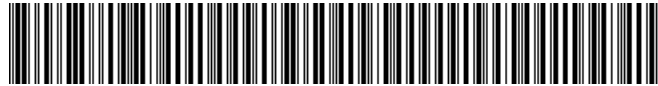
Corte na linha pontilhada



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

34191.09008 10442.490149 21443.850009 3 99360003388800

Local de pagamento					Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					20/12/2024
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número
22/11/2024	000104424		N	22/11/2024	109/00104424-9
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento
	109	R\$			R\$ 33.888,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Não Receber após o vencimento Boleto referente ao Pedido 51692 de 01/11/2024 a 30/11/2024. Departamento: LOUVEIRA - 45.349.461/0001-02					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador					Cód. baixa
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02					
Rua Doutor Orlando Thiago Santos					
Williams - 3516705/SP - CEP: 17402-064					
Sacador / Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



CNPJ: 45.349.461/0001-02 Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Departamento: LOUVEIRA
Pedido: 51692 Período: 01/11/2024 até 30/11/2024
Total Benefícios: R\$ 33.888,00

Matrícula: Nome: ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA
CPF:598.509.748-00 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA
Benefício QTD Valor Unitário Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40 1 R\$ 282,40 R\$ 282,40
Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula: Nome: ADNA RENATA DE FREITAS SABINO
CPF:017.039.464-64 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA
Benefício QTD Valor Unitário Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40 1 R\$ 282,40 R\$ 282,40
Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula: Nome: ALDIR ALVES SILVA SOARES
CPF:005.642.725-58 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA
Benefício QTD Valor Unitário Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40 1 R\$ 282,40 R\$ 282,40
Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula: Nome: ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES
CPF:282.565.688-79 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA
Benefício QTD Valor Unitário Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40 1 R\$ 282,40 R\$ 282,40
Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula: Nome: ALINE MOREIRA LINO BATISTA
CPF:488.512.448-47 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA
Benefício QTD Valor Unitário Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40 1 R\$ 282,40 R\$ 282,40

Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:378.318.698-67
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: AMANDA LEITE MACHADO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:431.200.748-96
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANA CAROLINA GOMES MACHADO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:042.771.081-21
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANA CLEIA ALVES DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:045.996.254-00
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANA GLORIA LOPES DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:108.180.838-16
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANA MARIA COELHO ROMAO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:034.403.481-05
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANA PAULA ALVES DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
-----------	-----	----------------	-------

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:401.205.148-26
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:418.946.908-42
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANDREA DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:282.581.448-20
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANDREIA APARECIDA GARCIA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:328.960.728-37
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANGELA MARIA CANDIDO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:061.879.454-92
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANNE FRANCYELLE GOMES VIANA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:136.810.494-08
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:083.965.884-22

Nome: BIANCA DE FREITAS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:029.380.545-80

Nome: BIANCA SOUZA MESSIAS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:149.651.286-30

Nome: BRUNA CAROLAYNE DOS SANTOS GOMES

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:468.611.218-43

Nome: BRUNA MENDES DOS SANTOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:322.529.828-02

Nome: CONCEICAO DA SILVA MARTINS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:349.766.538-03

Nome: DANIELA DA SILVA BARBOSA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula: CPF: 064.466.175-50		Nome: DANIELE BARROS DIAS Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula: CPF: 332.320.668-10		Nome: DEBORA CASSIANA DOS SANTOS Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula: CPF: 407.511.418-01		Nome: DEBORA DE OLIVEIRA SOARES Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula: CPF: 396.271.268-29		Nome: DEISIANE MACIAL TELES Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula: CPF: 059.816.155-40		Nome: DELFRAN JOSE DE SANTANA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:	Nome: DENICLEIA DE OLIVEIRA SILVA
-------------------	--

CPF:436.967.198-11
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:310.307.658-47
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: EDILENA DIOGO RIBEIRO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:004.814.519-00
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: EDINEIA DIOGO CAINELI
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:369.270.938-26
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: EDUARDO HUMBERTO CAMARGO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:168.496.508-07
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ELISANGELA BUENO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:346.579.748-58
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ELTON GONCALVES DE FREITAS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:089.820.446-12
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: EMILLY FERREIRA JORGE
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:269.625.168-19
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:450.623.728-52
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FABIULA DE JESUS SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:372.418.278-30
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:137.380.888-81
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FILOMENA RUAS AFONSO LEAL
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:418.188.038-95
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA		
CPF: 334.416.328-00	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: GABRIEL SILVA DE SOUZA		
CPF: 435.545.158-50	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: GABRIELA FALAVINHA M LIMA		
CPF: 477.005.118-29	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: GABRIELA SABRINA DE OLIVEIRA		
CPF: 358.398.698-99	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: GARDENIA ALVES DA ROSA TAVARES		
CPF: 279.281.538-82	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA		
CPF: 274.310.598-41	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: GEOVANA ROSA DOS SANTOS

CPF:480.148.818-85 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: GEOVANNI DE PAULA

CPF:401.082.198-10 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA

CPF:333.645.528-60 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO

CPF:873.215.054-72 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: GRACIELE PEREIRA SANTOS ALVES

CPF:057.788.805-61 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS

CPF:358.386.428-07 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: _____

Nome: GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS

CPF:395.270.168-86

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: _____

Nome: IDIRLEI FERNANDO DE MELO

CPF:325.873.718-56

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: _____

Nome: JANAINA FERNANDES LISBOA

CPF:112.404.416-73

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: _____

Nome: JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO

CPF:460.263.238-64

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: _____

Nome: JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES

CPF:372.515.838-01

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: _____

Nome: JESSICA MAYARA KAIP

CPF:405.633.238-09

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40

Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:481.091.238-80
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JESSICA SOUZA PEREIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:115.469.734-78
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JOSILEIA DE FREITAS SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:289.244.948-05
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JOYCE ROBERTA LEAO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:123.478.557-94
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:327.925.758-16
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: KATIANE RODRIGUES DE MELO BUENO DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:134.151.694-64
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LEIDAYANE CARVALHO SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
-----------	-----	----------------	-------

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:433.397.998-65
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LEIDIANE LOPES BARROSO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:246.164.138-27
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:378.216.928-08
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LEILIANE VIEIRA SOARES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:390.017.298-60
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LIDIANY ROBERTA FELIZARDO DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:155.842.218-80
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LILIANE DOS SANTOS DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:292.367.948-23
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:763.993.708-68

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:087.568.594-30

Nome: MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:062.747.614-70

Nome: MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:120.580.034-46

Nome: MARCOS ANTONIO GOMES DA SILVA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:219.604.258-70

Nome: MARIA APARECIDA CAMURCI PERCEGUINI

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:427.314.372-00

Nome: MARIA APARECIDA JOSE CRUZ

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF: 297.389.638-00		Nome: MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE PAULA E SILVA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF: 149.956.938-66		Nome: MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF: 081.307.208-50		Nome: MARIA CLAUDIA OTUZI DE OLIVEIRA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF: 873.167.495-04		Nome: MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS SANTOS Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF: 161.778.528-82		Nome: MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: MARIA QUINO DA SILVA

CPF:923.280.244-91
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula:
CPF:120.530.094-54
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula:
CPF:480.129.568-10
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIANA DE LURDES ALBINO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula:
CPF:072.154.534-30
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula:
CPF:042.633.864-26
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARILANDY LIMEIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula:
CPF:301.230.868-76
Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARILENE ROCHA DE SOUZA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: Data: / /

Matrícula:
CPF:498.294.578-00
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARINA APARECIDA BATISTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:080.087.414-57
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARLANDIA DE MATOS GOMES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:165.293.668-81
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARLENE LOPES COSTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:393.265.078-66
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MIDIAN XAVIER MAGALHAES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:485.678.708-01
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:063.528.693-94
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MONALIZA CALISTO LIMA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: NALANDA LEITE MALDONADO CONDORI		
CPF: 491.089.168-45	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUVEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA		
CPF: 105.585.596-38	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUVEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: NITHIA ROBERTA MONTEIRO		
CPF: 259.759.188-39	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUVEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: PATRICIA APARECIDA CORREA BERTI		
CPF: 295.019.508-32	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUVEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: PAULA SILVA TORRES		
CPF: 453.887.278-40	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUVEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:	Nome: PRISCILA DOMINGUES CAZARIM		
CPF: 279.347.948-94	Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA		
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)	Departamento: LOUVEIRA		
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ Nome: RAFAELA DE SOUZA MILANESI
CPF:109.935.539-74 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ Nome: RAFAELA PORTO DA COSTA
CPF:410.495.968-54 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ Nome: RAMON BARBOSA NASCIMENTO
CPF:422.842.158-07 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ Nome: RICARDO DA SILVEIRA ROSA
CPF:138.946.198-05 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ Nome: RITA CAETANO DA S SANTOS
CPF:954.308.654-00 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ Nome: RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS
CPF:298.391.468-23 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:043.299.555-20 Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:302.940.908-27 Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ROSANA APARECIDA DA SILVA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:331.054.368-47 Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: RUTIERI ROCHA DA SILVA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:494.104.228-09 Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:489.622.968-10 Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SARAH VITORIA MATOS Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:073.861.373-89 Escala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SHEILA SOARES ANDRADE Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40

Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:215.877.698-67
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:287.939.998-01
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SILVIA DE SOUZA YANSEN
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:816.263.985-34
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:163.475.008-09
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:350.713.528-00
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: TATIANE DOS REIS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:102.264.728-84
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: TELMA APARECIDA ZANONI GON?ALVES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
-----------	-----	----------------	-------

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:272.936.988-01
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: VANDERLI SOARES DA CRUZ
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:105.578.726-77
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:427.951.888-21
Escala: GERAL  21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: VITORIA MARIA ARTERO DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Total Parcial de Benefícios: R\$ 33.888,00

Taxa Administrativa: R\$ 0,00

Taxa Adm. Cartão: R\$ 0,00

Taxa Emissão Cartão: R\$ 0,00

Outras Taxas: R\$ 0,00

Taxa de Entrega: R\$ 0,00

Repasse: R\$ 0,00

Acertos/Pedidos Extras

Total Geral: R\$ 33.888,00

Emissão: 22/11/2024 11:07

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	03399.47483 41700.000007 03688.901010 8 99360000429000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	33
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	LOCAMA LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA E
Nome/Razão Social:	LOCAMA LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA E
CPF/CNPJ:	37.641.093/0001-43
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	20/12/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	18/12/2024
Valor Nominal do Boleto:	4.290,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	4.290,00
Valor Pago (R\$):	4.290,00

Data/hora da operação: 18/12/2024 11:28:07

Código da operação: 39929352517

Chave de segurança: J5036VLAW4CGE57A

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



FATURA DE LOCAÇÃO

Nº 5948

NAT. DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO

DATA DA EMISSÃO: 29/11/2024

MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA

CNPJ: 37.641.093/0001-43 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 6.629.078-3

Rua Prado, 134 - Galpao A - VILA GUARANI, SAO PAULO, SP, CEP.:04312-040

CONTRATO: 2108

DESTINATÁRIO

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS

UF: SP

MUNICÍPIO: GARÇA

CEP: 17402-064

CNPJ: 45.349.461/0001-02

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

VENCIMENTO: 20/12/2024

"OS DESCONTOS CONCEDIDOS SÓ SERÃO VÁLIDOS PARA PAGAMENTO DENTRO DO PRAZO DO VENCIMENTO DO BOLETO, COM TOLERÂNCIA MÁXIMA DE 10 DIAS. CASO HAJA ATRASO SUPERIOR A ESTE PRAZO, SERÁ FATURADA A DIFERENÇA DOS VALORES"

DESCRIÇÃO

QTDE

VALOR UNITÁRIO

CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH

1082-L TL 2122

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1082-L PAT1082-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXOS MEDI SAUDE

1194-L TL 2112

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 17033-7136 PAT1194-L

1

R\$ 390,00

CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH

1326-L TL 2113

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 00149920230807004136-00100001 PAT1326-L

1

R\$ 390,00

CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH

1327-L TL 2114

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 00149920230807004145-00100001 PAT1327-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1371-L TL 2109

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1371-L PAT1371-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1374-L TL 2110

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1374-L PAT1374-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1382-L TL 2111

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1382-L PAT1382-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1384-L TL 2115

NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1384-L PAT1384-L

1

R\$ 390,00

DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
CAMA LUXO HEALTHCARE 1385-L TL 2116 NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1385-L PAT1385-L	1	R\$ 390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE 1386-L TL 2117 NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1386-L PAT1386-L	1	R\$ 390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE 1448-L TL 2108 NO PERÍODO DE 25/11/2024 - 24/12/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1448-L PAT1448-L	1	R\$ 390,00
OBSERVAÇÕES: • PLANO MENSAL – O PERÍODO DE LOCAÇÃO É RENOVADO AUTOMATICAMENTE. CASO NÃO SEJA NOTIFICADA A EMPRESA LOCADORA POR E-MAIL, COM 01 (UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA AO TÉRMINO DO PERÍODO, OCORRERÁ RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA PARA NOVO PERÍODO. NÃO SERÁ DESCONTADO OS VALORES DO EQUIPAMENTO CASO SEJA DEVOLVIDO ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE". • CONTRATO DE GESTAO 001/2024 ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.		
EMPRESA OPTANTE PELOS SIMPLES NOS TERMOS DA LEI Nº 9.317/96		
ESTE DOCUMENTO NÃO VALE COMO RECIBO	VALOR TOTAL DA NOTA	R\$ 4.290,00

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador



033-7

03399.47483 41700.000007 03688.901010 8 99360000429000

Beneficiário MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA - 37.641.093/0001-43 Rua Prado		Agência/Código Beneficiário 0648/13004367-4	Espécie DM	Quantidade	Nosso número 036889
Número do documento 5948-1		CPF/CNPJ 37.641.093/0001-43	Vencimento 20/12/2024		Valor documento R\$ 4290.00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa R\$	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado R\$ 4290.00	
Pagador HOSPITAL SANTO ANT尼奥 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS 17402-064 WILLIAMS GARCA SP					
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

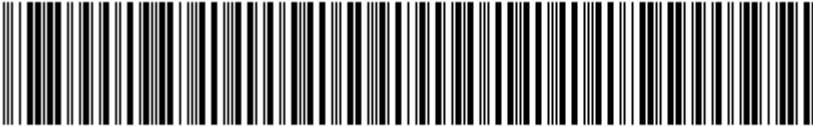


033-7

03399.47483 41700.000007 03688.901010 8 99360000429000

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 20/12/2024
Beneficiário MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA - 37.641.093/0001-43 Rua Prado					Agência/Código do Beneficiário 0648/13004367-4
Data do documento 29/11/2024	Nº documento 5948-1	Espécie doc. DM	Aceite	Data Proc. 29/11/2024	Nosso número 036889
Uso do banco	Carteira 101	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do documento R\$ 4290.00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado R\$ 4290.00
Pagador HOSPITAL SANTO ANT尼奥 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS 17402-064 WILLIAMS GARCA SP					
Sacador/Avalista: MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA					Cód. baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 74891.99360 00000.516011 24100.346007 3 82799320108

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Código do Banco: 748 **Código do ISPB:** 1181521

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORT **CPF/CNPJ:** 11.344.103/0001-95

Nome/Razão Social: SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORT

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 20/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 51.6

Valor Calculado (R\$): 51.6

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 51.6

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929377501

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

INFORMATIVO



Pague agora via PIX, basta acessar o aplicativo de sua instituição financeira
PIX copia e cola

00020126910014br.gov.bcb.pix2569pix-qrcode.sicredi.com.br/qr/v2/cobv/0f1bb6bf26f44326be1e95a34f31673f5204000053039865802BR5903PIX6006Cidade62070503***63042C48



748-X

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.					Vencimento 20/12/2024	
Beneficiário SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORT				CNPJ/CPF 11344103000195		
Data do Documento 04/12/2024		Nº do Documento 39652		Agência / Código do Beneficiário 0738.27.99320		
Espécie Doc. DMI		Aceite N		Nosso Número / Cód. do Documento 24/100346-0		
Data de Processamento 04/12/2024		Espécie Moeda REAL		Quantidade Moeda		
Valor Moeda		(-) Desconto / Abatimento		(-) Outras Deduções		
Instruções		(+/-) Mora / Multa		(+/-) Outros Acréscimos		
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - 45349461000102		Código de Baixa		(-) Valor Cobrado		
GARCA SP 17402064		Beneficiário Final		(-) Valor do Documento R\$51,60		
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 -		Beneficiário Final				

Recebimento através do cheque Nº:
Do banco:
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.
Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.



748-X

74891.12412 00346.007388 27993.201089 1 99360000005160

Local de Pagamento Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.					Vencimento 20/12/2024	
Beneficiário SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORT				CNPJ/CPF 11344103000195		
Data do Documento 04/12/2024		Nº do Documento 39652		Agência / Código do Beneficiário 0738.27.99320		
Espécie Doc. DMI		Aceite N		Nosso Número 24/100346-0		
Data de Processamento 04/12/2024		Espécie Moeda REAL		Quantidade Moeda		
Valor Moeda		(-) Desconto / Abatimento		(-) Outras Deduções		
Instruções		(+/-) Mora / Multa		(+/-) Outros Acréscimos		
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - 45349461000102		Código de Baixa		(-) Valor Cobrado		
GARCA SP 17402064		Beneficiário Final		(-) Valor do Documento R\$51,60		
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 -		Beneficiário Final				

Autenticação Mecânica



FICHA DE COMPENSAÇÃO

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34194.99390 00006.850015 70004.083046 2 34090972000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BENIACO COMERCIO MOVEIS LTDA **CPF/CNPJ:** 10.498.787/0001-17

Nome/Razão Social: BENIACO COMERCIO MOVEIS LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 23/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 685

Valor Calculado (R\$): 685

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 685

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929396746

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 23/12/2024
Beneficiário BENIACO COMERCIO MOVEIS LTDA RUA VIRGINIA AURORA RODRIGUES, 00046, , 06097020 - CENTRO - OSASCO - SP CNPJ/CPF: 10.498.787/0001-17					Agência/Código Beneficiário 6234/09097-2
Data do documento 22/11/2024	Núm. do documento 10.044	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 22/11/2024	Nosso Número 157 / 00040830 - 4
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 685,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 2,00% APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 2,00% AO MÊS					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS, Nº50 , 17402064 - WILLIAMS - GARÇA - SP					
Beneficiário final CNPJ/CPF:					



Ficha de Compensação
Autenticação mecânica

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23794.99390 00001.000033 91099.691000 0 58100007030

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO BRADESCO S/A

Código do Banco: 237 **Código do ISPB:** 60746948

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SIFRA S A **CPF/CNPJ:** 03.729.970/0001-10

Nome/Razão Social: SIFRA S A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 23/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 100

Valor Calculado (R\$): 100

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 100

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929412195

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Aviso de Compra no Estabelecimento

De ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA <nfe@redemontecarlo.com.br>

Data Ter, 10/12/2024 13:22

Para ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <financeiro@louveira.ahbb.org.br>; ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <compras@louveira.ahbb.org.br>; ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL <controladoria@ahbb.org.br>

Olá **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**, segue um resumo da venda realizada no dia **10/12/2024 13:17**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Média KM:

HM:

Motorista: **WALLACE**

Veículo:

Placa: **SYC1G14**

Cupom Fiscal: **10211**

Nota Fiscal: **10211**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA ADITIVADA	14,949 L	R\$ 6,690	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 100,00

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 100,00

ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
CNPJ 72.911.857/0002-64 IE 421000607117
ESTRADA ANARQUERA, 72 - 67 - LOQUEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 10/12/2024

Nome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DA ORLANDO I SANTOS, 40
Cidade: GRACA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTU

Placa: SVC1014 Km:

Veiculos.:

Motorista: WALLACE

Valor.....: 100,00

Forma de Pagamento: DIÁRIAS A COBRAR

Cupon.: 10211

Reconheço que pagarei a quantia supra

None Completo:



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

16/12/2024 14:04

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 12033742
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 16/12/2024
Vencimento: 23/12/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	Vi. Item	Pr. Tab.	Vi. Tab.
	10211	10/12/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	14,95				GASOLINA ADITIVADA	6,690	100,000	6,690	100,000
Total de litros: 14,95												Valor Total: 100,00	

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
GASOLINA ADITIVADA	14,95	100,00	100,00

Valor total faturado: 100,00



Bradesco

237-2

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 23/12/2024	Nº do Documento 12033742
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000581-P	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 100,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 16/12/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data
Entregador			

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)

() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente

() Recusado
() Outros (anotar no verso)

() Não Procurado

Recibo do Pagador



Bradesco

237-2

23793.39100 99691.000055 81000.070300 4 99390000010000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000581-P
Número do documento 12033742	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 23/12/2024	Valor documento R\$ 100,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS,50
- GARÇA/SP - CEP: 17402-064**

Instruções

Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,20 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Bradesco

237-2

23793.39100 99691.000055 81000.070300 4 99390000010000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 23/12/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 16/12/2024	Nº documento 12033742	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 16/12/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000581-P
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor R\$ 100,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARÇA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa
Pagador / Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 74891.99400 00014.550011 24210.934501 0 12402646104

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Código do Banco: 748 **Código do ISPB:** 1181521

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK **CPF/CNPJ:** 04.587.421/0001-11

Nome/Razão Social: MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASS.HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL 5666 **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 24/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1455

Valor Calculado (R\$): 1455

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 1455

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929424513

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

		748-X		74891.12420 10934.501015 24026.461046 1 99400000145500	
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI				Vencimento 24/12/2024	
Beneficiário MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT,451 - SAO JORGE CEP: 93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS				CNPJ: 04.587.421/0001-11	
				Agência/Cód.Beneficiário 0101.24.02646	
				Nosso Número 24/210934-5	
Data do documento 26/11/2024	Número do documento 15992	Espécie DOC DM	Aceite N	Data de processamento 26/11/2024	(=) Valor do Documento 1.455,00
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto/Abatimento
Instruções:APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 2,43 AO DIA APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 29,10 PROTESTO AUTOMATICO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO NF.Nro. NE/015992					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Gerado por SIGER® - Rech Informática - www.rech.com.br

Pagador ASS.HOSP BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS,50 - WILLIAMS CEP: 17.402-064 GARÇA - SP Beneficiário final			Cód: 5666	CNPJ: 45.349.461/0001-02
---	--	--	-----------	--------------------------

		748-X		74891.12420 10934.501015 24026.461046 1 99400000145500	
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI				Vencimento 24/12/2024	
Beneficiário MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT,451 - SAO JORGE CEP: 93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS				CNPJ: 04.587.421/0001-11	
				Agência/Cód.Beneficiário 0101.24.02646	
				Nosso Número 24/210934-5	
Data do documento 26/11/2024	Número do documento 15992	Espécie DOC DM	Aceite N	Data de processamento 26/11/2024	(=) Valor do Documento 1.455,00
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto/Abatimento
Instruções:APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 2,43 AO DIA APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 29,10 PROTESTO AUTOMATICO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO NF.Nro. NE/015992					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASS.HOSP BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS,50 - WILLIAMS CEP: 17.402-064 GARÇA - SP Beneficiário final					
Cód: 5666					
CNPJ: 45.349.461/0001-02					

Gerado por SIGER® - Rech Informática - www.rech.com.br



Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 75697.99420 00003.929014 35101.333899 1 00008897001

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Código do Banco: 756 **Código do ISPB:** 2038232

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: REIS ETIQUETAS E ROTULOS ADESIVOS LTDA **CPF/CNPJ:** 03.938.189/0001-56

Nome/Razão Social: REIS ETIQUETAS E ROTULOS ADESIVOS LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 26/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 392.9

Valor Calculado (R\$): 392.9

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 392.9

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929478091

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Paul Ricano



Beneficiário REIS ETIQUETAS E ROTULOS ADESIVOS LTDA José Vaz Guerreiro - 10 Jardim Jaraguá (São Domingos) São Paulo - SP	03.938.189/0001-56 51584-30	Vencimento 26/12/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento	Valor do Documento 392,90 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Não cobrar encargos por atraso. Não conceder desconto.		Data de Emissão 28/11/2024 Coop Contr/Cód. Beneficiário 4351/3338991 Nosso Número 889-7	(=) Valor cobrado

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento 3.463	
Endereço RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS			
Bairro / Distrito WILLIAMS			
Município GARÇA	UF SP	CEP 17402-064	
Mensagem Pagador			

Este recibo somente terá validade com a autenticação mecânica ou acompanhado do recibo de pagamento emitido pelo Banco. Recebimento através do cheque n. do banco Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.43519 01333.899100 00088.970017 7 99420000039290

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 26/12/2024
Beneficiário REIS ETIQUETAS E ROTULOS ADESIVOS LTDA 03.938.189/0001-56					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 4351/3338991
Data do documento 28/11/2024	N. documento 3.463	Espécie DM	Aceite N	Data processamento 28/11/2024	Nosso número 889-7
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 392,90
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Não cobrar encargos por atraso. Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4351 SICOOB UNICOOB MERIDIONAL					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP 45.349.461/0001-02 17402-064					(+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado
Beneficiário final					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03393.99450 00023.000093 38511.600000 9 51542640101

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO SANTANDER S.A.

Código do Banco: 33 **Código do ISPB:** 90400888

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRE **CPF/CNPJ:** 06.189.855/0001-99

Nome/Razão Social: MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRE

Pagador Sacado

Nome Fantasia: Associacao Hospitalar Beneficente Do Bra **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 29/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2300

Valor Calculado (R\$): 2300

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 2300

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929482721

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

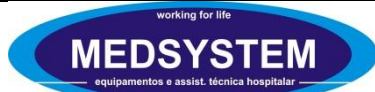
Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI EPP
RUA JOANA MARIA PEREIRA, 128 – VILA ADÉLIA
SOROCABA, SP – CEP: 18080-141 – FONE/FAX: 15-3234 3490
CNPJ: 06.189.855/0001-99 IE: 669.522.980-118

RECIBO DE LOCAÇÃO**Nº4130**

DATA DA
EMIÇÃO
29/11/2024

DESTINATÁRIO**RAZÃO SOCIAL:** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CNPJ:** 45.349.461/0001-02**IE:****ENDEREÇO:** R DR ORLANDO T SANTOS**BAIRRO:** WILLIAMS**CEP:** 17.402-064**MUNICÍPIO:** GARÇA**FONE:****UF:** SP**FATURA**

VENCIMENTOS	29/12/2024
VALOR	R\$ 2.300,00

BOLETO BANCARIO

E	V	Período	Equipamento	Nº de Série	Valor Unitário
25	15	25/11 à 24/12	MONITO MULTIPARÂMETROS MINDRAY UMEC 10	KN-3A204542	R\$ 650,00
25	15	25/11 à 24/12	VENTILADOR PULMONAR MAGNAMED FLEXIMAG	1199	R\$ 1.650,00
Valor Total					R\$ 2.300,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

RECIBO DE LOCAÇÃO**Nº 4130**

Recebemos da MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS EIRELI EPP, os serviços constantes deste recibo de locação.

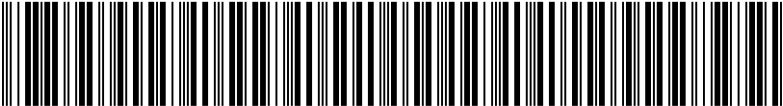
Data do Recebimento

Identificação e Assinatura do Recebedor

Vencimento	29/12/2024	Agência/Código do Beneficiário	3327-8 / 3385116	Número do Documento	46794	Nosso Número	000009515426 4
Valor do Documento	2.300,00	(-) Descontos		(+) Acréscimos		(=) Valor Cobrado	
Pagador	Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil - CNPJ 45.349.461/0001-02 Rua Dr Orlando T Santos, 50 - - Williams - 17402-064 Garça-SP						
Beneficiário Final							
Beneficiário	MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA - CNPJ 06.189.855/0001-99 Rua Joana Maria Pereira, 128 - - 18080-141 Sorocaba-SP						Autenticação Mecânica

Local de Pagamento					Vencimento		
CAIXAS ELETRÔNICOS, LOTÉRICAS OU AMBIENTE ONLINE DO SEU BANCO					29/12/2024		
Beneficiário MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA					Agência/Código do Beneficiário		
Rua Joana Maria Pereira, 128 - - 18080-141 Sorocaba-SP					3327-8 / 3385116		
Data do Documento		Número do Documento		Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	
29/11/2024		46794		DM	N	29/11/2024	
Uso do Banco		Carteira		Espécie Moeda	Qtde Moeda	(x) Valor	
		COB. SIMPLES RCR		R\$			
Instruções - Texto de Responsabilidade do Beneficiário Boleto com vencimento no final de semana, poderá ser pago no próximo dia útil Caso precise de ajuda, acesse https://www.medsystemhospitalar.com.br/contato *Sujeito a protesto de titulo após o vencimento							(-) Desconto
							(-) Outras Deduções/Abatimento
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador							
Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil - CNPJ 45.349.461/0001-02							
Rua Dr Orlando T Santos, 50 - - Williams - 17402-064 Garça-SP							
Beneficiário Final							

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00194.99460 00021.000000 00002.094709 0 00255465417

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO DO BRASIL S/A

Código do Banco: 1 **Código do ISPB:** 0

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: LOCALIZA FLEET S.A. **CPF/CNPJ:** 02.286.479/0001-08

Nome/Razão Social: LOCALIZA FLEET S.A.

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE D **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 30/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2100

Valor Calculado (R\$): 2100

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 2100

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39929525617

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

LOCALIZA FLEET S/A
Av. Bernardo Vasconcelos, 377 - Cachoeirinha
CEP: 31150-000 - Belo Horizonte - MG
CNPJ: 02.286.479/0001-08 INSC. MUN.: 138.256/001-7



CLIENTE:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	FATURA
ENDEREÇO:	RUA R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS	NÚMERO: AFMTZ 2006377
CEP/CID/UF:	17402064 GARCA SP	VENCIMENTO: 30/12/2024
CNPJ/CPF:	45.349.461/0001-02 INSCRIÇÃO ESTADUAL:	EMIÇÃO: 03/12/2024
DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
ALUGUEL - CARRO PROVISORIO		2.100,00
		VALOR TOTAL 2.100,00
OBSERVAÇÕES	CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA	

		Vencimento	Recibo do Sacado
		30/12/2024	
Sacado	Cedente	Autenticação Mecânica	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	LOCALIZA FLEET S/A		
Agência/Código Cedente	Nosso Número	Número Documento	Valor Documento
3.308-1/XXXX-X	2094709000255465-4	AFMTZ 2006377	2.100,00

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 02094.709009 02554.654174 4	99460000210000
Local de Pagamento		Vencimento		
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA.		30/12/2024		
Cedente		Agência/Código Cedente		
LOCALIZA FLEET S/A		3.308-1/XXXX-X		
Data do Documento	No Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
03/12/2024	AFMTZ 2006377	DM	N	03/12/2024
Subcentro	Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor
	17-043	R\$		
Instruções	Cod. Cip.	Bonif. p/ dia Ant. pgto	Valor do Desconto	Até
				Com. Perm. p/ Dia
				2,10
		1(=) Valor do Documento		
		2.100,00		
		27 2 (-) Desconto		
		35 3 (-) Outras Deduções / Abatimento		
		19 4 (+) Mora / Multa / Juros		
		5 (+) Outros Acréscimos		
		6 (=) Valor Cobrado		
APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS AO DIA DE R\$ 2,10				
APÓS VENCIMENTO PAGÁVEL NAS AG. DO BANCO DO BRASIL				
A PARTIR DO DECIMO DIA DE VENCIDO O TITULO SERÁ ENVIADO PARA PROTESTO EM CARTÓRIO				
Sacado		Código de Baixa		
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461/0001-02				
RUA R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS				
17402064 GARCA SP				
Sacador/Avalista				



Autenticação Mecânica: Ficha de Compensação

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02 AGRUPAMENTO DA FILIAL Mês / Ano: 12 / 2024	NºControle Fatura: AFMTZ 2006377 Data Emissão: 03/12/2024 Data Vencimento: 30/12/2024 Tipo de Pagamento: Parcelado
---	--

RESUMO		
	Qtd.	Valor R\$
Carros desta Cobrança:	1	2.100,00

Contrato: FAR0181/24

CARRO PROVISÓRIO	Pedido: 1	Item: 1	Sequência: 1	Centro de Custo:	Cidade: JUNDIAI
Dados do Carro Reserva: PC78R4YX3A Agência: AGENCIA CENTRO JUNDIAI Placa: SYC1G14 Grupo: CE (ECONÔMICO ESPECIAL C/AR) Condutor: Jaksonnda silva lovato Situação: Carro retirado SS: 2N2API/19 Data Retirada: 02/08/2024			Informações desta Cobrança Período de cobrança: 01/10/2024 à 31/10/2024 Dias Cobrados: 30 Valor Cobrado: 2.100,00		Atividades Cobradas Aluguel Carro Provisório2.100,00 Total2.100,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL			
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6			
Representação numérica do código de barras:	846400000127	500205040008	050382717705	480729000004
Empresa:	VOGEL SOL. TEL. INF. S.A			
Valor:	1.250,02			
Data de débito:	18/12/2024			
Data/hora da operação:	18/12/2024			
Código da operação:	67025399			
Chave de segurança:	025PN5ZU8RCQ60U5			

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

VOGEL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LUIS M CRUZ O R
CJ JARDIM LAGO AZUL
13290-000 LOUVEIRA SP

PAGUE COM PIX

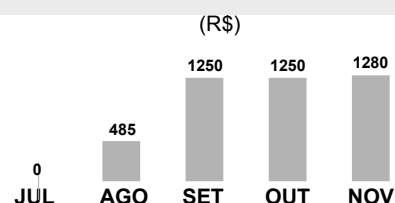
Nº da fatura
480729000

Valor total da conta
R\$ 1.250,02

Data de vencimento
20 / dez / 2024

FALE COM A ALGAR TELECOM

www.algartelecom.com.br
@algartelecom
facebook.com/algartelecom
Ou ligue 103 12
Baixe o APP Algar Telecom no seu Celular

HISTÓRICO VALOR DA CONTA**EMIÇÃO DESTA CONTA: 03/12/2024****CONTA SIMPLIFICADA****INTERNET**

SEU NÚMERO	VALOR (R\$)	PLANO
09556437	89,00	GERENCIAMENTO DE REDE
09556438	1.161,02	INTERNET LINK

TOTAL R\$ 1.250,02

Para ter acesso a sua Nota Fiscal de Serviços Eletrônica, consulte o site e informe o número do RPS. O(s) número(s) do(s) RPS é(são) 704182.

**UTILIZE ESTA VIA PARA PAGAMENTO**

Você pode migrar para um plano que não possui livros digitais, sem a cobrança de multa. Fale com a gente pelo nosso canal de atendimento 10312.

Nome do Cliente: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Nº da Fatura	Banco / Agência	Identificação	Data de Vencimento	Valor Total da Conta
480729000		000503827177	20/12/2024	1.250,02

84640000012-7 50020504000-8 05038271770-5 48072900000-4**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

DETALHAMENTO DE CONTA VOGEL SOL. EM TEL.

INTERNET : 09556437

VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

SERVIÇOS

PERIODO	DESCRIÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.11.2024 02.12.2024	ASSINATURA PLANO BASICO GERENCIAMENTO DE REDE		89,00	2
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 89,00	

TOTAL SERVICO: 09556437

R\$ 89,00

INTERNET : 09556438

VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

SERVIÇOS

PERIODO	DESCRIÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.11.2024 02.12.2024	ACESSO INTERNET LINK 200 Mbps		81,28	18
03.11.2024 02.12.2024	LOCACAO ROTEADOR		348,30	0
03.11.2024 02.12.2024	PORTA INTERNET LINK 200 Mbps		731,44	18
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 1.161,02	

TOTAL SERVICO: 09556438

R\$ 1.161,02

SUB-TOTAL FATURA

R\$ 1.250,02

TOTAL DA FATURA VOGEL SOL. EM TEL.

R\$ 1.250,02

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LUIS M CRUZ O R CJ Servico: DIVERSOS

JARDIM LAGO AZUL 13290-000 LOUVEIRA SP

Emissão: 03 de Dezembro de 2024

Código do cliente: 000503827177

Fatura: 480729000

NOTA FISCAL

SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Nat. Operação: PREST. SERV. COMUNIC. PARA ESTABELECIMENTO COMERCIAL

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
Inscrição Estadual:
CFOP: 5303

VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

NOTA FISCAL FATURA Nº 000395962 SERIE 001 SUBSERIE - SP

Av Professor Vicente Rao, 1262 - Jardim Petropolis - SAO PAULO - SP / CEP : 04.636-001

CNPJ 05.872.814/0001-30 - Insc. Est. 116696678110 - Inscr. Munic. 3.261.014-9

RESERVADO AO FISCO

f18f.7a42.b759.5373.933c.4962.95ec.7672

Assinatura de Servicos de Comunicacao de Dados

812,72

TOTAL VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

812,72

TOTAL SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

812,72

Base de Cálculo (R\$) 812,72 Valor ICMS (R\$) 146,29

Contribuições para o FUST(1%) e FUNTTEL (0,5%) do valor dos serviços, não repassadas as tarifas. Cada operadora é responsável pelo recolhimento referente a seus serviços.

Documento fiscal autorizado por Regime Especial SEFAZ SP - Processo UA 13001-816642/2008, com anuência SEFAZ MG RE/PTA nº 16.000451815-74.

OUTROS VALORES

SERVICOS FACILIDADES	348,30
OUTROS SERVICOS	89,00
SUB-TOTAL DA FATURA	1.250,02
TOTAL DA FATURA VOGEL SOL. EM TEL.	1.250,02



VOGEL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Pág: 3 de 3

Está precisando da segunda via da sua conta? Então anota aí essa dica: no APP ou no site, você acessa quando quiser e sem custos. Bem simples. Do jeito que você precisa.
Lembrando que o envio da Segunda via pelo correio e loja é cobrado o valor de R\$ 3,59.

Central de atendimento da Anatel: 1331. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva: 1332. Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na operadora.

Atualização de Cadastro: confira suas informações cadastrais na nota fiscal e se necessitar atualizá-las, acesse o Portal Algar Telecom (algartelecom.com.br) ou ligue 103 12 e fale "Outros Serviços".

Sua fatura poderá ser paga através de PIX ou pela rede de bancos credenciados, casas lotéricas, agências de correios e agentes autorizados. Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% , juros de 1% pro rata dia e correção monetária IPCA pro rata dia por atraso. Caso o pagamento não seja efetuado, após 15 dias do vencimento, seus serviços poderão ser bloqueados, e após mais 60 dias do bloqueio o contrato poderá ser rescindido e seus dados registrados nos órgãos de proteção de crédito. Os débitos ora apresentados podem ser contestados pelo Assinante na forma da Regulamentação. Conforme determinado na Resolução nº 424 de dezembro de 2005 art. 11 , é obrigatório o truncamento da fração do centavo na apresentação do valor final de qualquer registro individual constante da fatura.

MENSAGENS IMPORTANTES

Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.99360 00002.137010 90001.563700 1 36553047000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP **CPF/CNPJ:** 05.626.896/0001-32

Nome/Razão Social: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 20/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 213.7

Valor Calculado (R\$): 213.7

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 213.7

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39933540728

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

NF-e desenvolvida por www.citelsoftware.com.br

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23799.99460 00006.000066 27094.337000 0 01800029910

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO BRADESCO S/A

Código do Banco: 237 **Código do ISPB:** 60746948

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CPS COMERCIAL **CPF/CNPJ:** 11.119.750/0001-01

Nome/Razão Social: CPS COMERCIAL

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 30/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 600

Valor Calculado (R\$): 600

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 600

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39933586658

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

FATURA Nº		CPS COMERCIAL DE MAT. EQUIP. MEDICOS			
0086		IMPOR. EXPOR, LTDA			
		CPF/CNPJ: 11.119.750/0001-01 Inscrição Estadual:748442492112			
		ENDEREÇO: AVENIDA DA EMANCIPAÇÃO, Nº3770, BLOCO I BOX 20 - PARQUE DOS PINHEIROS - CEP:13184-654			
		MUNICIPIO: HORTOLÂNDIA UF: SP			
Numero do Controle: 1					
Data emissão: 01/12/2024					
Destinatário: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					
CNPJ 45.349.461/0001-02					
Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50					
Município GARÇA S/P					
CEP: 17402-064					
Tel					
Forma Pagamento:				30/12/2024	
Qunatidade	Descrição			Vlr unitário/mensa	Valor
010	Bomba de infusão LF 2001 LIFEMED			60,00	600,00
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira					
OBS .:					
1: O RAMO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS EMITE NOTA DE DÉBITO(FATURA) POR ESTAR IMPOSSIBILITADO DE EMISSÃO DE NOTA FISCAL COM BASE NOS TERMOS DO ARTIGO 7º DA LC Nº 116/2003.					
2. DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR Nº 166 ESTA VETADO O DESCONTO DE ISS DE LOCAÇÃO DE BENS.					
				Subtotal:	R\$ 600,00
Desconto				Desconto	R\$ -
				Total Fatura	R\$ 600,00
Assinatura do Destinatário			Local e data		

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 30/12/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV RICARDO BASSOLI CEZARE, 1517 - - JARDIM DAS BANDEIRAS 13050-080 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 02/12/2024		Nº do documento 86	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 02/12/2024	Nosso Número 09/00/000004337-1
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 600,00
Pagador: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 17402-064 - GARÇA - SP						
Beneficiário Final: Não Informado						Recibo do Sacado

Recebimento através do cheque nº. do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.

Autenticação Mecânica



Corte aqui

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 30/12/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV RICARDO BASSOLI CEZARE, 1517 - - JARDIM DAS BANDEIRAS 13050-080 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 02/12/2024		Nº do documento 86	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 02/12/2024	Nosso Número 09/00/000004337-1
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 600,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) * * VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *						(-) Descontos/Abatimentos
						(-) Outras deduções
						(+) Mora/Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 17402-064 - GARÇA - SP						
Beneficiário Final: Não Informado						Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

SAC - Serviço de
Apelo ao ClienteAlô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semanaDemais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h as 18h, exceto feriados

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:27:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032686-6

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34197.99460 00033.800015 70004.703581 5 77451196000

Instituição Emissora - Nome do Banco: ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco: 341 **Código do ISPB:** 60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA **CPF/CNPJ:** 66.741.117/0001-34

Nome/Razão Social: LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

Nome Fantasia: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Data do Vencimento: 30/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 18/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3380

Valor Calculado (R\$): 3380

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 3380

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 18/12/2024 -

Código da operação: 39933592694

Chave de segurança:

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE LABWAY DIAGNÓSTICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA-EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
		Nº 000.017.226
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	SÉRIE: 1

LABWAY DIAGNÓSTICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA-EPP RUA ACÁCIA, 126 - - JARDIM DAS FLORES, Osasco, SP - CEP: 06120120		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.017.226 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 1166 7411 1700 0134 5500 1000 0172 2610 0020 5554 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242709668382 - 25/11/2024 13:49
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 492362200112	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 66.741.117/0001-34	

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENECICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 25/11/2024
ENDEREÇO RUA DR. ORLANDO T. SANTOS, 50 -	BAIRRO/DISTRITO WILLIANS	CEP 17402-064	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
MUNICÍPIO Garça	FONE/FAX	UF SP	HORA DE ENTRADA/SAÍDA

FATURA
/ Num.: 17226 / V. Orig.: 3.380,00 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 3.380,00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.380,00	
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 3.380,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-Remetente (CIF)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
CD104227	SOLUÇÃO TAMPÃO LOTE 2308123 VAL. 07/2025	38229000	240	5102	UN	1,0000	2.890,0000	2.890,00					
DD92123	CONTROLE DE QUALIDADE I,II,III NÍVEIS LOTE 2404110 VAL. 02/2027	38229000	240	5102	UN	1,0000	490,0000	490,00					

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 57800	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Duplicata - Num.: 001, Venc.: 30/12/2024, Valor: 3.380,00 CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 ORGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE L OUVEIRA.	RESERVADO AO FISCO

RECIBO DO PAGADOR

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 04703.581571 74511.960002 7 99460000338000	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 30/12/2024
Beneficiário LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA R ACACIA, 126, , 06120120 - JD DAS FLORES - OSASCO - SP CNPJ/CPF: 66.741.117/0001-34					Agência/Código Beneficiário 1577/45119-6
Data do documento 26/11/2024	Núm. do documento 17226	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 26/11/2024	Nosso Número 157 / 00047035 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.380,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP Beneficiário final:					CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 04703.581571 74511.960002 7 99460000338000	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 30/12/2024
Beneficiário LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA R ACACIA, 126, , 06120120 - JD DAS FLORES - OSASCO - SP CNPJ/CPF: 66.741.117/0001-34					Agência/Código Beneficiário 1577/45119-6
Data do documento 26/11/2024	Núm. do documento 17226	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 26/11/2024	Nosso Número 157 / 00047035 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.380,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP Beneficiário final:					CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:



Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685(demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itaui.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 19/12/2024 às 08:28:22

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000248946-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: WANER LABORATORIO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 03.560.868/0004-87

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 11.751,26

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/12/2024

Data da Operação: 18/12/2024

Código da Operação: 66701913

Chave de Segurança: XRHPQJTN9JNE4ERH

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS E ECONOMIA
Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

724/NFS-E



Número / Série	724 / NFS-E	Emissão	13/12/2024 17:07:26	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	13/12/2024	Código de verificação	JKEO.7KFK.DIRJ.Z75P	Exigibilidade	Exigível	RPS	

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP

CPF / CNPJ: 03.560.868/0004-87

Reg.: Faturamento

Endereço: R. MARGINAL, 403 ANDAR 1 - Bairro: JD VERA CRUZ - Cep: 13290000

Telefone:

Município: Louveira - SP

País: Brasil

Insc. Mun.: 007619

Cod. Mob.: 007619

Insc. Est.:

Email: danielcitolab@ig.com.br

Nome Fant.: CITOLAB LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02

Reg.:

Endereço: R. DR ORLANDO T SANTOS, 50 ***** - Bairro: WILLIAMS - Cep: 17402-----064

Telefone: (16) 3374.8438

Município: Garça - SP

País: Brasil

Insc. Mun.:

Insc. Est.:

Email: contabilidade@ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

4.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES. (2,00 %)

* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
EXAMES LABORATORIAIS - NOVEMBRO/2024 DADOS PARA DEPOSITO : BCO BRADESCO AG - 2388 CONTA CORRENTE - 248946-5 CONTRATO GESTÃO 001/2024 ORGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	R\$ 11.930,21	1,00	R\$ 11.930,21

Tributos Federais

PIS

INSS

CSLL

IRRF

COFINS

0,00

0,00

0,00

178,95

0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
11.930,21	238,60	0,00	11.930,21	2,00 %
Outras Retenções(R\$)			Valor Líquido:	R\$ 11.751,26
0,00				

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por: WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP

Recebi(emos) de WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP, os serviços constantes da nota fiscal Nº 724, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/JKEO.7KFK.DIRJ.Z75P>

Data: / /

Assinatura:

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 20/12/2024 às 21:22:25

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 33.238,49

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024

Data da Operação: 20/12/2024

Código da Operação: 90773712

Chave de Segurança: JZVH72C7053NV1L1

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Pagar este documento até

20/12/2024

às 21:59:59 (Brasília)

Valor a recolher

381.469,89

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124121944904935-0

Tag
45349461 11/2024 MENSAL

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
11/2024	985	381.469,89	0,00	0,00	0,00	381.469,89
Total Geral:		381.469,89	0,00	0,00	0,00	381.469,89

Observações

Toda a equipe do FGTS Digital deseja que você tenha um Feliz Natal e um Próspero Ano Novo!

Data de geração da Guia: 19/12/2024 às 15:40:13 - Página 1/ 1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-grcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/408aa72a657e47alb017981a9779177b5204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304649F

Payload Location:

pix-grcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/408aa72a657e47alb017981a9779177b

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 20/12/2024 às 21:22:25

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 32.952,39

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024

Data da Operação: 20/12/2024

Código da Operação: 90979501

Chave de Segurança: JEPE1JWLWC445JHH

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

CNPJ 45.349.461/0001-02	Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Período de Apuração Novembro/2024	Data de Vencimento 20/12/2024	Número do Documento 07.16.24354.3280342-3	Pagar este documento até 20/12/2024
Observações Nº Recibo Declaração: 50000295387795			Valor Total do Documento 874.088,93

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	312.439,89			312.439,89
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	360,00			360,00
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	173.286,81			173.286,81
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	65.449,32			65.449,32
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	202.660,17			202.660,17
	07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	3.810,00			3.810,00
	07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
6147	PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO	60.863,58			60.863,58
	05 PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
6256	IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO	16.870,64			16.870,64
	05 IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	93,50			93,50
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
	CNPJ Prestador:05.873.322/0001-69				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	4.290,00			4.290,00
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				

SENDA (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 2

19/12/2024 15:39:15

85810008740 2 88930385243 0 55071624354 5 32803423421 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85810008740 2	88930385243 0	55071624354 5	32803423421 6
---------------	---------------	---------------	---------------



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.24354.3280342-3
Pagar até: 20/12/2024
Valor: 874.088,93

Pague com o PIX



Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:12.106.772/0001-91				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:13.662.388/0001-38	15.950,00			15.950,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:16.715.501/0001-94	3.575,00			3.575,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:20.555.337/0001-72	9.307,14			9.307,14
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:37.257.070/0001-30	1.947,00			1.947,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:46.988.583/0001-01	3.185,88			3.185,88
	Totais	874.088,93			874.088,93

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 20/12/2024 às 21:22:25

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 10.426,44

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024

Data da Operação: 20/12/2024

Código da Operação: 91053267

Chave de Segurança: JZ0SGW0EPKM1ZYCA

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

CNPJ 45.349.461/0001-02	Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Período de Apuração Novembro/2024	Data de Vencimento 20/12/2024	Número do Documento 07.16.24354.3280342-3	Pagar este documento até 20/12/2024
Observações Nº Recibo Declaração: 50000295387795			Valor Total do Documento 874.088,93

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	312.439,89			312.439,89
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	360,00			360,00
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	173.286,81			173.286,81
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	65.449,32			65.449,32
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV	202.660,17			202.660,17
	07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	3.810,00			3.810,00
	07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
6147	PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO	60.863,58			60.863,58
	05 PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
6256	IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO	16.870,64			16.870,64
	05 IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	93,50			93,50
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024				
	CNPJ Prestador:05.873.322/0001-69				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	4.290,00			4.290,00
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				

SENDA (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 2

19/12/2024 15:39:15

85810008740 2 88930385243 0 55071624354 5 32803423421 6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85810008740 2	88930385243 0	55071624354 5	32803423421 6
---------------	---------------	---------------	---------------



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.24354.3280342-3
Pagar até: 20/12/2024
Valor: 874.088,93

Pague com o PIX



Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
	PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:12.106.772/0001-91				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:13.662.388/0001-38	15.950,00			15.950,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:16.715.501/0001-94	3.575,00			3.575,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:20.555.337/0001-72	9.307,14			9.307,14
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:37.257.070/0001-30	1.947,00			1.947,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:11/2024 Vencimento:20/12/2024 CNPJ Prestador:46.988.583/0001-01	3.185,88			3.185,88
	Totais	874.088,93			874.088,93

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 20/12/2024 às 21:22:25

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/3383/00000064900-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DENTAL GLOBO MATERIAIS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 05.738.179/0001-00

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 935,82

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024

Data da Operação: 20/12/2024

Código da Operação: 97225554

Chave de Segurança: TV05125ANFV31VSM

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RECEBEMOS DE DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO) OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSION: 13/12/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 935,82		NF-e Nº 000.026.738 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº 000.026.738 fl. 1 / 1 SÉRIE 001			
DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO)				CHAVE DE ACESSO 3524 1205 7381 7900 0100 5500 1000 0267 3813 5926 4650	
AV.LARANJEIRAS, 1158 - VILA QUEIROZ - CEP:13485-020 - LIMEIRA - SP TEL: (19)3444-7550 dentalglobo@uol.com.br				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
VENDA				135242927124887 13/12/2024 17:04:11	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF	
417243313118				05.738.179/0001-00	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL			45.349.461/0001-02		13/12/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA	
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		WILLIANS	17402-064	13/12/2024	
MUNICÍPIO	FONE / FAX		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
GARCA	(16)3374-8438		SP		16:40:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	39,29	935,82
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	935,82

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
DENTAL GLOBO MATERIAS ODONTOLOG. LTDA ME		0 - REMETENTE				05.738.179/0001-00
ENDEREÇO			MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
AV.LARANJEIRAS, 1158			LIMEIRA	SP	417243313118	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS IPI	
24463	AGULHA CURTA SR C/100 Lote 100285 (Trib.Fed.R\$ 3,61)	90183219	0102	5102	CX	2,0000	43,02000	86,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20085	BROCA ENDO Z QUALITY Lote SL (Trib.Fed.R\$ 5,44)	90184911	0102	5102	UN	6,0000	21,60000	129,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06861	BROCA KG 1036 Lote sl (Trib.Fed.R\$ 3,15)	90184919	0102	5102	UN	6,0000	12,51000	75,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24970	ESCOVA ROB.COTISEN AMAREL SOFT Lote SL (Trib.Fed.R\$ 0,68)	90184999	0102	5102	UN	10,0000	1,62000	16,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11830	ESPELHO CL N.05 1P BARASCH Lote SL (Trib.Fed.R\$ 10,77)	90184999	0102	5102	UN	30,0000	8,55000	256,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08106	FLUORNIZ SSWHITE Lote W013758 (Trib.Fed.R\$ 1,51)	32089029	0102	5102	UN	1,0000	35,91000	35,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21383	IONO FOTO IONOFAST 1X2,5G BIOD Lote 502/24 (Trib.Fed.R\$ 10,77) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$95,00 LOTE: 502/24 QTD: 3,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/06/2026	30064011	0102	5102	FR	3,0000	85,50000	256,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25602	LUBRIFICANTE UNIGRAFT AB 200ML Lote 20824R3 (Trib.Fed.R\$ 1,10)	27101932	0102	5102	UN	1,0000	26,10000	26,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08559	MICROBRUSH FGM REGULAR VERDE Lote 190623 (Trib.Fed.R\$ 1,69)	90184999	0102	5102	UN	3,0000	13,41000	40,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23498	TIRA ACO 4MM QUALITY Lote 112021147 (Trib.Fed.R\$ 0,57)	72112910	0102	5102	UN	2,0000	6,84000	13,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
SIT.TRIB.0000 R\$ 935,82 EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL 313344 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Trib.Aprox.R\$ 133,88 Federal e 118,67 Estadual Fonte: IBPT Ch.:FADD79 V.:23.1.F	



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.567178 3 99430000057000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	27/12/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	27/12/2024
Valor Nominal do Boleto:	570,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	570,00
Valor Pago (R\$):	570,00

Data/hora da operação:	27/12/2024 19:05:27
------------------------	---------------------

Código da operação: 40357940257 Chave de segurança: GV97W10SK4C4J1EL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Essencialox Com Gases e Equip Ltda. Av Marginal Rio Jundiáí, 2665 - Galpão 02 - Área Industrial Várzea Paulista - SP CEP: 13221-800 CNPJ: 37834012000121 IE: 712.168.965.111 Telefone: 11992372775 E-mail: essencialox@essencialox.com.br	Fatura de Locação: 002019 Via Única: Emissão: 29/11/2024
---	---

Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50
Bairro: Williams **CEP:** 17402\ -064
Cidade: Garça **UF:** SP **Fone:** (16) 3374-8438 /
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
IE/RG: **Vencimento:** 27/12/2024

Dados do Documento

Codigo:	Descrição:	Quantidade:	Unitário:	Total:
1496	Locação cilindro de oxigenio cap. 1m³	3,00	30,00	90,00
1495	Locação cilindro de oxigenio cap. 10m³ medicinal	6,00	40,00	240,00
1484	Locação cilindro de ar comprimido cap. 10m³	6,00	40,00	240,00

Valor Total da Fatura de Cobrança: 570,00

Dados do Documento

"Contrato de Gestão 001/2024 e Prefeitura Municipal de Louveira"

Operação não sujeito ao I.S.S de acordo com a lei complementar 116/03

Data do Recebimento:	Identificação e Assinatura do Recebedor:	Fatura de Locação: 002019
-----------------------------	---	-------------------------------------

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use modo
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita do
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.567178 3 99430000057000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004567-4	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004542	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 27/12/2024	Valor Documento 570,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 570,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,48 desde: 28.12.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					
Autenticação mecânica					

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.567178 3 99430000057000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 27/12/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 10/12/2024	Nr. do documento 004542	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 24/12/2024	Nosso número 32905220000004567-4
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 570,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,48 desde: 28.12.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(-) Mora/Multa
					(-) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado 570,00
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02 Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 Garca - SP - 17402-064					
Sacador/Avalista					



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA - 2024
(Banco 104) (Conta Corrente 1292.000578032686-6)

<u>POSIÇÃO CONTÁBIL</u>			
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
31/11/2024	SALDO ANTERIOR	397.403,73	397.403,73
31/12/2024	CONVÊNIO RECEBIDO NO EXERCÍCIO	999.621,90	1.397.025,63
31/12/2024	RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	241,77	1.397.267,40
31/12/2024	TOTAL DE DESPESAS PAGAS EM 2024	-1.396.498,97	768,43
=	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	768,43
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
31/11/2024	SALDO ANTERIOR - RECURSOS PRÓPRIOS	73,98	73,98
31/12/2024	Crédito de Recursos Próprios	457,00	530,98
31/12/2024	Débito Indevido	0,00	530,98
31/12/2024	Débitos - Tarifas Bancárias	-842,50	-311,52
=	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	-311,52
POSIÇÃO DOS SALDOS		INICIAL	FINAL
	SALDO DO CONVÊNIO	397.403,73	768,43
	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	73,98	-311,52
=	SALDO TOTAL	397.477,71	456,91

<u>POSIÇÃO FINANCEIRA - EXTRATO BANCÁRIO</u>			
SALDO INICIAL 2024			
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - C/C		0,00
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - APLICAÇÃO FINANCEIRA		0,00
=	SALDO INICIAL DE 2024		0,00
SALDO FINAL 2024			
30/11/2024	SALDO FINAL C/C		0,00
30/11/2024	SALDO FINAL - APLICAÇÃO FINANCEIRA		456,91
=	SALDO TOTAL EM BANCO		456,91

Louveira, 31 de Dezembro 2024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS NA CONTA VINCULADA
(Banco) (Conta Corrente)

DATA	Nº CHEQUE/DOC	DÉBITO	CRÉDITO	HISTÓRICO
28/11/2024	1		R\$ 662,98	DEVOLUÇÃO DE TARIFAS
27/12/2024	1		R\$ 457,00	DEVOLUÇÃO DE TARIFAS
TOTAL		R\$ -	R\$ 1.119,98	
SALDO		R\$ -	R\$ 1.119,98	Total de Reembolso à Realizar à Conta

Louveira, 31 de Dezembro de 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA
(Banco) (Conta Corrente)

MÊS	1 SALDO ANTERIOR	2 APLICAÇÃO (+)	3 RESGATES (-)	4 RESULTADO (2-3)	5 SALDO FINAL (-)	6 RENTABILIDADE (5-4)
janeiro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
fevereiro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
março-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
abril-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
maio-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
junho-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
julho-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
agosto-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
setembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
outubro-24	188.191,72	1.103.511,54	655.310,25	636.393,01	637.915,60	1.522,59
novembro-24	637.915,60	438.867,46	680.350,91	396.432,15	397.477,71	1.045,56
dezembro-24	397.477,71	382.683,30	779.945,87	215,14	456,91	241,77
TOTAL		1.925.062,30	2.115.607,03			2.809,92

RESUMO:	
SALDO ANTERIOR	0,00
TOTAL DE APLICAÇÕES	1.925.062,30
TOTAL DE RESGATES	2.115.607,03
SALDO FINAL	456,91
TOTAL DE RENTABILIDADE	2.809,92

Louveira, 31 de dezembro de 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRÉSIDENTE