

ANEXO RP-06 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS
CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO 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 (5): FEDERAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R\$
Contrato de Gestão nº 001/2024	05/06/2024	04/06/2025	R\$17.995.462,80
Aditamento nº			
Aditamento nº			

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
05/07/2024	R\$ 1.499.621,90	15/07/2024	151553	R\$1.254.116,93
		16/07/2024	100000	R\$245.504,97
05/08/2024	R\$ 1.499.621,90	07/08/2024	714140	R\$ 1.499.621,90
(A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR				R\$0,00
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO				R\$2.999.243,80
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				R\$7.837,59

(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)		
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)		R\$3.007.081,39
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL		
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)		R\$3.007.081,39

(1) Verba: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(2) Incluir valores previstos no exercício anterior e repassados neste exercício.

(3) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outras.

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício 08/2024, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

	DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO				
	ORIGEM DOS RECURSOS (4):				
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	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 SEQUINTE (R\$)
Recursos humanos (5)	R\$ 443.961,18		R\$ 443.961,18	R\$ 443.961,18	
Recursos humanos (6)	R\$ 57.282,40		R\$ 57.282,40	R\$ 57.282,40	
Medicamentos	R\$ 121.457,90		R\$ 121.457,90	R\$ 121.457,90	
Material médico e hospitalar (*)	R\$ 80.399,53		R\$ 80.399,53	R\$ 80.399,53	
Gêneros alimentícios					
Outros materiais de consumo	R\$ 19.186,55		R\$ 19.186,55	R\$ 19.186,55	
Serviços médicos (*)	R\$ 1.061.834,77		R\$ 1.061.834,77	R\$ 1.061.834,77	
Outros serviços de terceiros	R\$ 127.676,02		R\$ 127.676,02	R\$ 127.676,02	
Locação de imóveis					

Locações diversas	R\$ 123.032,88		R\$ 123.032,88	R\$ 123.032,88	
Utilidades públicas (7)					
Combustível	R\$ 1.233,30		R\$ 1.233,30	R\$ 1.233,30	
Bens e materiais permanentes	R\$ 198.925,94		R\$ 198.925,94	R\$ 198.925,94	
Obras					
Despesas financeiras e bancárias	R\$ 2.276,63		R\$ 2.276,63	R\$ 2.276,63	
Outras despesas	R\$ 482.235,98		R\$ 482.235,98	R\$ 482.235,98	
TOTAL	R\$2.719.503,08		R\$2.719.503,08	R\$2.719.503,08	

(4) Verba: Federal, Estadual, Municipal e Recursos Próprios, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica.

(7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.

(8) No rol exemplificativo incluir também as aquisições e os compromissos assumidos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

(9) Quando a diferença entre a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO e a Coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO for decorrente de descontos obtidos ou pagamento de multa por atraso, o resultado não deve aparecer na coluna DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE, uma vez que tais descontos ou multas são contabilizados em contas de receitas ou despesas. Assim sendo deverá ser indicado como nota de rodapé os valores e as respectivas contas de receitas e despesas.

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$3.007.081,39
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$2.719.503,08
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	R\$ 287.578,31
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	R\$ 287.578,31

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.

Garça, 14 de setembro de 2.024

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' and 'P' followed by 'M. P. A.', enclosed within an oval shape.

AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

Diretor Presidente

Extrato por período

Via internet

Cliente

ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Agência: 3104 / Produto: 003 / Conta: 00000519-1

Emitido em
02/09/2024 - 01:16:52

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
01/08/2024	01/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
02/08/2024	02/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
05/08/2024	05/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
06/08/2024	06/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
07/08/2024	07/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-5626.47	-5626.47
07/08/2024	07/08/2024	134956	DEVOL TED	3014.08	-2612.39
07/08/2024	07/08/2024	135007	DEVOL TED	3091.01	478.62
07/08/2024	07/08/2024	135017	DEVOL TED	2417.24	2895.86
07/08/2024	07/08/2024	138475	DEVOL TED	4010.17	6906.03
07/08/2024	07/08/2024	138513	DEVOL TED	3052.98	9959.01
07/08/2024	07/08/2024	138514	DEVOL TED	1747.54	11706.55
07/08/2024	07/08/2024	138574	DEVOL TED	806.11	12512.66
07/08/2024	07/08/2024	138667	DEVOL TED	2369.68	14882.34
07/08/2024	07/08/2024	714140	CRED TEV	1499621.90	1514504.24
07/08/2024	07/08/2024	228848	PAG BOLETO	-482.50	1514021.74
07/08/2024	07/08/2024	229182	PAG BOLETO	-329.65	1513692.09
07/08/2024	07/08/2024	229579	PAG BOLETO	-671.59	1513020.50
07/08/2024	07/08/2024	229816	PAG BOLETO	-3357.99	1509662.51
07/08/2024	07/08/2024	230087	PAG BOLETO	-480.00	1509182.51
07/08/2024	07/08/2024	230604	PAG BOLETO	-2427.44	1506755.07
07/08/2024	07/08/2024	231304	PAG BOLETO	-2916.92	1503838.15
07/08/2024	07/08/2024	231436	PAG BOLETO	-1194.08	1502644.07
07/08/2024	07/08/2024	231661	PAG BOLETO	-2849.64	1499794.43
07/08/2024	07/08/2024	231901	PAG BOLETO	-6823.16	1492971.27
07/08/2024	07/08/2024	232124	PAG BOLETO	-1217.50	1491753.77
07/08/2024	07/08/2024	232426	PAG BOLETO	-2040.00	1489713.77
07/08/2024	07/08/2024	232649	PAG BOLETO	-488.95	1489224.82

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
07/08/2024	07/08/2024	237481	PAG BOLETO	-960.00	1488264.82
07/08/2024	07/08/2024	237736	PAG BOLETO	-158.20	1488106.62
07/08/2024	07/08/2024	238163	PAG BOLETO	-960.00	1487146.62
07/08/2024	07/08/2024	238322	PAG BOLETO	-779.50	1486367.12
07/08/2024	07/08/2024	238504	PAG BOLETO	-597.00	1485770.12
07/08/2024	07/08/2024	238659	PAG BOLETO	-480.00	1485290.12
07/08/2024	07/08/2024	238911	PAG BOLETO	-324.20	1484965.92
07/08/2024	07/08/2024	239667	PAG BOLETO	-666.25	1484299.67
07/08/2024	07/08/2024	240414	PAG BOLETO	-749.02	1483550.65
07/08/2024	07/08/2024	134956	ENVIO TED	-3014.08	1480536.57
07/08/2024	07/08/2024	134976	ENVIO TED	-2129.41	1478407.16
07/08/2024	07/08/2024	134985	ENVIO TED	-2331.18	1476075.98
07/08/2024	07/08/2024	135007	ENVIO TED	-3091.01	1472984.97
07/08/2024	07/08/2024	135017	ENVIO TED	-2417.24	1470567.73
07/08/2024	07/08/2024	135018	ENVIO TED	-3099.60	1467468.13
07/08/2024	07/08/2024	135019	ENVIO TED	-3079.63	1464388.50
07/08/2024	07/08/2024	138471	ENVIO TED	-4399.66	1459988.84
07/08/2024	07/08/2024	138473	ENVIO TED	-2730.72	1457258.12
07/08/2024	07/08/2024	138475	ENVIO TED	-4010.17	1453247.95
07/08/2024	07/08/2024	138477	ENVIO TED	-3099.54	1450148.41
07/08/2024	07/08/2024	138478	ENVIO TED	-4011.86	1446136.55
07/08/2024	07/08/2024	138479	ENVIO TED	-3076.96	1443059.59
07/08/2024	07/08/2024	138480	ENVIO TED	-3607.62	1439451.97
07/08/2024	07/08/2024	138481	ENVIO TED	-3020.91	1436431.06
07/08/2024	07/08/2024	138482	ENVIO TED	-899.90	1435531.16
07/08/2024	07/08/2024	138483	ENVIO TED	-2730.72	1432800.44
07/08/2024	07/08/2024	138489	ENVIO TED	-2656.08	1430144.36
07/08/2024	07/08/2024	138490	ENVIO TED	-3992.23	1426152.13
07/08/2024	07/08/2024	138492	ENVIO TED	-2730.72	1423421.41
07/08/2024	07/08/2024	138494	ENVIO TED	-2411.09	1421010.32
07/08/2024	07/08/2024	138495	ENVIO TED	-2730.72	1418279.60
07/08/2024	07/08/2024	138496	ENVIO TED	-1779.67	1416499.93
07/08/2024	07/08/2024	138506	ENVIO TED	-2730.72	1413769.21
07/08/2024	07/08/2024	138508	ENVIO TED	-2479.88	1411289.33

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
07/08/2024	07/08/2024	138509	ENVIO TED	-1800.23	1409489.10
07/08/2024	07/08/2024	138510	ENVIO TED	-2730.72	1406758.38
07/08/2024	07/08/2024	138511	ENVIO TED	-5238.47	1401519.91
07/08/2024	07/08/2024	138512	ENVIO TED	-2730.72	1398789.19
07/08/2024	07/08/2024	138513	ENVIO TED	-3052.98	1395736.21
07/08/2024	07/08/2024	138514	ENVIO TED	-1747.54	1393988.67
07/08/2024	07/08/2024	138515	ENVIO TED	-1298.16	1392690.51
07/08/2024	07/08/2024	138517	ENVIO TED	-1522.68	1391167.83
07/08/2024	07/08/2024	138519	ENVIO TED	-3080.72	1388087.11
07/08/2024	07/08/2024	138521	ENVIO TED	-3607.62	1384479.49
07/08/2024	07/08/2024	138556	ENVIO TED	-2627.32	1381852.17
07/08/2024	07/08/2024	138558	ENVIO TED	-3087.34	1378764.83
07/08/2024	07/08/2024	138559	ENVIO TED	-2730.72	1376034.11
07/08/2024	07/08/2024	138563	ENVIO TED	-3438.00	1372596.11
07/08/2024	07/08/2024	138565	ENVIO TED	-3086.06	1369510.05
07/08/2024	07/08/2024	138571	ENVIO TED	-1809.72	1367700.33
07/08/2024	07/08/2024	138572	ENVIO TED	-3079.33	1364621.00
07/08/2024	07/08/2024	138574	ENVIO TED	-806.11	1363814.89
07/08/2024	07/08/2024	138575	ENVIO TED	-1752.04	1362062.85
07/08/2024	07/08/2024	138576	ENVIO TED	-1522.68	1360540.17
07/08/2024	07/08/2024	138577	ENVIO TED	-2141.17	1358399.00
07/08/2024	07/08/2024	138578	ENVIO TED	-3607.62	1354791.38
07/08/2024	07/08/2024	138579	ENVIO TED	-2025.44	1352765.94
07/08/2024	07/08/2024	138580	ENVIO TED	-2332.17	1350433.77
07/08/2024	07/08/2024	138581	ENVIO TED	-740.85	1349692.92
07/08/2024	07/08/2024	138589	ENVIO TED	-2989.59	1346703.33
07/08/2024	07/08/2024	138591	ENVIO TED	-3076.83	1343626.50
07/08/2024	07/08/2024	138598	ENVIO TED	-4006.53	1339619.97
07/08/2024	07/08/2024	138603	ENVIO TED	-2762.32	1336857.65
07/08/2024	07/08/2024	138611	ENVIO TED	-1870.67	1334986.98
07/08/2024	07/08/2024	138613	ENVIO TED	-1875.63	1333111.35
07/08/2024	07/08/2024	138614	ENVIO TED	-2719.66	1330391.69
07/08/2024	07/08/2024	138615	ENVIO TED	-2221.05	1328170.64
07/08/2024	07/08/2024	138617	ENVIO TED	-1522.68	1326647.96

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
07/08/2024	07/08/2024	138625	ENVIO TED	-2141.17	1324506.79
07/08/2024	07/08/2024	138627	ENVIO TED	-3082.75	1321424.04
07/08/2024	07/08/2024	138628	ENVIO TED	-2685.27	1318738.77
07/08/2024	07/08/2024	138632	ENVIO TED	-3607.62	1315131.15
07/08/2024	07/08/2024	138633	ENVIO TED	-3075.65	1312055.50
07/08/2024	07/08/2024	138634	ENVIO TED	-1932.18	1310123.32
07/08/2024	07/08/2024	138635	ENVIO TED	-2656.08	1307467.24
07/08/2024	07/08/2024	138636	ENVIO TED	-4578.21	1302889.03
07/08/2024	07/08/2024	138638	ENVIO TED	-1904.28	1300984.75
07/08/2024	07/08/2024	138640	ENVIO TED	-4064.47	1296920.28
07/08/2024	07/08/2024	138645	ENVIO TED	-4155.87	1292764.41
07/08/2024	07/08/2024	138646	ENVIO TED	-1932.18	1290832.23
07/08/2024	07/08/2024	138647	ENVIO TED	-2129.90	1288702.33
07/08/2024	07/08/2024	138648	ENVIO TED	-1413.46	1287288.87
07/08/2024	07/08/2024	138649	ENVIO TED	-1779.67	1285509.20
07/08/2024	07/08/2024	138650	ENVIO TED	-463.03	1285046.17
07/08/2024	07/08/2024	138651	ENVIO TED	-2447.72	1282598.45
07/08/2024	07/08/2024	138654	ENVIO TED	-3138.90	1279459.55
07/08/2024	07/08/2024	138659	ENVIO TED	-1538.85	1277920.70
07/08/2024	07/08/2024	138660	ENVIO TED	-2114.18	1275806.52
07/08/2024	07/08/2024	138666	ENVIO TED	-4475.89	1271330.63
07/08/2024	07/08/2024	138667	ENVIO TED	-2369.68	1268960.95
07/08/2024	07/08/2024	138672	ENVIO TED	-1627.27	1267333.68
07/08/2024	07/08/2024	138674	ENVIO TED	-3086.73	1264246.95
07/08/2024	07/08/2024	138675	ENVIO TED	-3070.16	1261176.79
07/08/2024	07/08/2024	138679	ENVIO TED	-2322.70	1258854.09
07/08/2024	07/08/2024	138681	ENVIO TED	-2730.72	1256123.37
07/08/2024	07/08/2024	138682	ENVIO TED	-3125.98	1252997.39
07/08/2024	07/08/2024	138683	ENVIO TED	-3055.80	1249941.59
07/08/2024	07/08/2024	138684	ENVIO TED	-4758.21	1245183.38
07/08/2024	07/08/2024	138687	ENVIO TED	-2436.71	1242746.67
07/08/2024	07/08/2024	138688	ENVIO TED	-2479.88	1240266.79
07/08/2024	07/08/2024	716540	ENVIO TEV	-2730.72	1237536.07
07/08/2024	07/08/2024	716550	ENVIO TEV	-1875.63	1235660.44

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
07/08/2024	07/08/2024	716560	ENVIO TEV	-3093.27	1232567.17
07/08/2024	07/08/2024	716560	ENVIO TEV	-4017.40	1228549.77
07/08/2024	07/08/2024	716580	ENVIO TEV	-2326.15	1226223.62
07/08/2024	07/08/2024	716580	ENVIO TEV	-2448.60	1223775.02
07/08/2024	07/08/2024	716580	ENVIO TEV	-3607.62	1220167.40
07/08/2024	07/08/2024	716590	ENVIO TEV	-2656.08	1217511.32
07/08/2024	07/08/2024	716590	ENVIO TEV	-4918.39	1212592.93
07/08/2024	07/08/2024	718010	ENVIO TEV	-1907.41	1210685.52
07/08/2024	07/08/2024	718020	ENVIO TEV	-2479.88	1208205.64
07/08/2024	07/08/2024	718020	ENVIO TEV	-4036.35	1204169.29
07/08/2024	07/08/2024	718020	ENVIO TEV	-2828.97	1201340.32
07/08/2024	07/08/2024	000000	SALDO DIA	1201340.32	1201340.32
08/08/2024	08/08/2024	000000	DESBL.SALD	5626.47	1206966.79
08/08/2024	08/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-401991.57	804975.22
08/08/2024	08/08/2024	857940	PAG BOLETO	-1091.19	803884.03
08/08/2024	08/08/2024	180682	PAG BOLETO	-483.75	803400.28
08/08/2024	08/08/2024	278249	PAG BOLETO	-77.80	803322.48
08/08/2024	08/08/2024	112240	ENVIO TED	-1000.00	802322.48
08/08/2024	08/08/2024	112303	ENVIO TED	-4000.00	798322.48
08/08/2024	08/08/2024	112392	ENVIO TED	-8000.00	790322.48
08/08/2024	08/08/2024	112490	ENVIO TED	-173.40	790149.08
08/08/2024	08/08/2024	112568	ENVIO TED	-4391.20	785757.88
08/08/2024	08/08/2024	112761	ENVIO TED	-32000.00	753757.88
08/08/2024	08/08/2024	112851	ENVIO TED	-6500.00	747257.88
08/08/2024	08/08/2024	113029	ENVIO TED	-1305.70	745952.18
08/08/2024	08/08/2024	129155	ENVIO TED	-12000.00	733952.18
08/08/2024	08/08/2024	129322	ENVIO TED	-9000.42	724951.76
08/08/2024	08/08/2024	129514	ENVIO TED	-49500.00	675451.76
08/08/2024	08/08/2024	129612	ENVIO TED	-42801.29	632650.47
08/08/2024	08/08/2024	129688	ENVIO TED	-2000.00	630650.47
08/08/2024	08/08/2024	129798	ENVIO TED	-9754.00	620896.47
08/08/2024	08/08/2024	129869	ENVIO TED	-3014.08	617882.39
08/08/2024	08/08/2024	129949	ENVIO TED	-3091.01	614791.38
08/08/2024	08/08/2024	130027	ENVIO TED	-806.11	613985.27

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
08/08/2024	08/08/2024	130108	ENVIO TED	-1747.54	612237.73
08/08/2024	08/08/2024	130196	ENVIO TED	-3052.98	609184.75
08/08/2024	08/08/2024	130271	ENVIO TED	-4010.17	605174.58
08/08/2024	08/08/2024	130446	ENVIO TED	-2369.68	602804.90
08/08/2024	08/08/2024	130509	ENVIO TED	-2417.24	600387.66
08/08/2024	08/08/2024	130604	ENVIO TED	-1204.45	599183.21
08/08/2024	08/08/2024	130669	ENVIO TED	-2267.69	596915.52
08/08/2024	08/08/2024	130776	ENVIO TED	-2496.34	594419.18
08/08/2024	08/08/2024	130965	ENVIO TED	-185.22	594233.96
08/08/2024	08/08/2024	131048	ENVIO TED	-642.79	593591.17
08/08/2024	08/08/2024	815460	ENVIO TEV	-463.03	593128.14
08/08/2024	08/08/2024	815520	ENVIO TEV	-28666.60	564461.54
08/08/2024	08/08/2024	000000	SALDO DIA	564461.54	564461.54
09/08/2024	09/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-25244.41	539217.13
09/08/2024	09/08/2024	130284	PAG BOLETO	-371.56	538845.57
09/08/2024	09/08/2024	135232	PAG BOLETO	-1939.30	536906.27
09/08/2024	09/08/2024	137282	PAG BOLETO	-960.00	535946.27
09/08/2024	09/08/2024	139219	PAG BOLETO	-688.19	535258.08
09/08/2024	09/08/2024	123046	ENVIO TED	-193.00	535065.08
09/08/2024	09/08/2024	123210	ENVIO TED	-126.00	534939.08
09/08/2024	09/08/2024	123522	ENVIO TED	-4442.93	530496.15
09/08/2024	09/08/2024	911480	ENVIO PIX	-136.24	530359.91
09/08/2024	09/08/2024	000000	SALDO DIA	530359.91	530359.91
12/08/2024	12/08/2024	304321	APLICACAO	-530259.91	100.00
12/08/2024	12/08/2024	454711	PAG BOLETO	-480.00	-380.00
12/08/2024	12/08/2024	455438	PAG BOLETO	-2180.00	-2560.00
12/08/2024	12/08/2024	455944	PAG BOLETO	-287.88	-2847.88
12/08/2024	12/08/2024	459410	PAG BOLETO	-1416.71	-4264.59
12/08/2024	12/08/2024	136447	ENVIO TED	-40940.00	-45204.59
12/08/2024	12/08/2024	727220	RESG AUTOM	45204.59	0.00
12/08/2024	12/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
13/08/2024	13/08/2024	000000	DESBL.SALD	186991.57	186991.57
13/08/2024	13/08/2024	000000	DB VLR BLV	-134991.57	52000.00
13/08/2024	13/08/2024	000000	DB VLR BLV	-38000.00	14000.00

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
13/08/2024	13/08/2024	000000	DB VLR BLV	-14000.00	0.00
13/08/2024	13/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
14/08/2024	14/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-186991.57	-186991.57
14/08/2024	14/08/2024	131516	DEVOL TED	310.00	-186681.57
14/08/2024	14/08/2024	131572	DEVOL TED	620.00	-186061.57
14/08/2024	14/08/2024	131627	DEVOL TED	310.00	-185751.57
14/08/2024	14/08/2024	131770	DEVOL TED	310.00	-185441.57
14/08/2024	14/08/2024	131850	DEVOL TED	310.00	-185131.57
14/08/2024	14/08/2024	131516	ENVIO TED	-310.00	-185441.57
14/08/2024	14/08/2024	131572	ENVIO TED	-620.00	-186061.57
14/08/2024	14/08/2024	131627	ENVIO TED	-310.00	-186371.57
14/08/2024	14/08/2024	131770	ENVIO TED	-310.00	-186681.57
14/08/2024	14/08/2024	131850	ENVIO TED	-310.00	-186991.57
14/08/2024	14/08/2024	134079	ENVIO TED	-310.00	-187301.57
14/08/2024	14/08/2024	134127	ENVIO TED	-310.00	-187611.57
14/08/2024	14/08/2024	134167	ENVIO TED	-620.00	-188231.57
14/08/2024	14/08/2024	134215	ENVIO TED	-310.00	-188541.57
14/08/2024	14/08/2024	134253	ENVIO TED	-310.00	-188851.57
14/08/2024	14/08/2024	141656	ENVIO TEV	-620.00	-189471.57
14/08/2024	14/08/2024	141656	ENVIO TEV	-310.00	-189781.57
14/08/2024	14/08/2024	141656	ENVIO TEV	-310.00	-190091.57
14/08/2024	14/08/2024	000000	CRED BLOQ	134991.57	-55100.00
14/08/2024	14/08/2024	000000	CRED BLOQ	14000.00	-41100.00
14/08/2024	14/08/2024	000000	CRED BLOQ	38000.00	-3100.00
14/08/2024	14/08/2024	727220	RESG AUTOM	3100.00	0.00
14/08/2024	14/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
15/08/2024	15/08/2024	000000	DESB.LSALD	251991.57	251991.57
15/08/2024	15/08/2024	000000	TR VLR CX	-14000.00	237991.57
15/08/2024	15/08/2024	000000	TR VLR CX	-38000.00	199991.57
15/08/2024	15/08/2024	000000	TR VLR OU	-134991.57	65000.00
15/08/2024	15/08/2024	000000	DB VLR BLV	-65000.00	0.00
15/08/2024	15/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
16/08/2024	16/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-65000.00	-65000.00
16/08/2024	16/08/2024	686540	PAG BOLETO	-26715.00	-91715.00

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
16/08/2024	16/08/2024	689420	PAG BOLETO	-3069.10	-94784.10
16/08/2024	16/08/2024	692090	PAG BOLETO	-44862.05	-139646.15
16/08/2024	16/08/2024	210666	PAG BOLETO	-480.00	-140126.15
16/08/2024	16/08/2024	210857	PAG BOLETO	-682.03	-140808.18
16/08/2024	16/08/2024	210989	PAG BOLETO	-810.00	-141618.18
16/08/2024	16/08/2024	211168	PAG BOLETO	-28804.80	-170422.98
16/08/2024	16/08/2024	106966	ENVIO TED	-592.51	-171015.49
16/08/2024	16/08/2024	107662	ENVIO TED	-3500.00	-174515.49
16/08/2024	16/08/2024	107864	ENVIO TED	-2627.80	-177143.29
16/08/2024	16/08/2024	108008	ENVIO TED	-700.00	-177843.29
16/08/2024	16/08/2024	108102	ENVIO TED	-1400.00	-179243.29
16/08/2024	16/08/2024	108177	ENVIO TED	-1400.00	-180643.29
16/08/2024	16/08/2024	108262	ENVIO TED	-700.00	-181343.29
16/08/2024	16/08/2024	108378	ENVIO TED	-336170.70	-517513.99
16/08/2024	16/08/2024	131409	ENVIO TED	-1161.59	-518675.58
16/08/2024	16/08/2024	000000	CRED BLOQ	65000.00	-453675.58
16/08/2024	16/08/2024	727220	RESG AUTOM	453675.58	0.00
16/08/2024	16/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
19/08/2024	19/08/2024	000000	DESBL.SALD	215000.00	215000.00
19/08/2024	19/08/2024	000000	TR VLR CX	-65000.00	150000.00
19/08/2024	19/08/2024	000000	DB VLR BLV	-150000.00	0.00
19/08/2024	19/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
20/08/2024	20/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-150000.00	-150000.00
20/08/2024	20/08/2024	000000	CRED BLOQ	150000.00	0.00
20/08/2024	20/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
21/08/2024	21/08/2024	000000	DESBL.SALD	150000.00	150000.00
21/08/2024	21/08/2024	855710	PAG BOLETO	-4380.09	145619.91
21/08/2024	21/08/2024	971680	PAG BOLETO	-2200.33	143419.58
21/08/2024	21/08/2024	972790	PAG BOLETO	-480.00	142939.58
21/08/2024	21/08/2024	973960	PAG BOLETO	-20400.00	122539.58
21/08/2024	21/08/2024	975390	PAG BOLETO	-4989.00	117550.58
21/08/2024	21/08/2024	976760	PAG BOLETO	-1372.19	116178.39
21/08/2024	21/08/2024	111513	ENVIO TED	-315.00	115863.39
21/08/2024	21/08/2024	113212	ENVIO TED	-355750.00	-239886.61

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
21/08/2024	21/08/2024	113247	ENVIO TED	-2195.51	-242082.12
21/08/2024	21/08/2024	113355	ENVIO TED	-70.00	-242152.12
21/08/2024	21/08/2024	113621	ENVIO TED	-212.40	-242364.52
21/08/2024	21/08/2024	113672	ENVIO TED	-2181.42	-244545.94
21/08/2024	21/08/2024	113862	ENVIO TED	-1824.51	-246370.45
21/08/2024	21/08/2024	113935	ENVIO TED	-2031.42	-248401.87
21/08/2024	21/08/2024	113994	ENVIO TED	-540.23	-248942.10
21/08/2024	21/08/2024	114041	ENVIO TED	-2319.86	-251261.96
21/08/2024	21/08/2024	114106	ENVIO TED	-82.08	-251344.04
21/08/2024	21/08/2024	114160	ENVIO TED	-396.81	-251740.85
21/08/2024	21/08/2024	114229	ENVIO TED	-320.33	-252061.18
21/08/2024	21/08/2024	114283	ENVIO TED	-620.00	-252681.18
21/08/2024	21/08/2024	114351	ENVIO TED	-55.00	-252736.18
21/08/2024	21/08/2024	126183	ENVIO TED	-6405.62	-259141.80
21/08/2024	21/08/2024	111513	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259153.80
21/08/2024	21/08/2024	113212	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259165.80
21/08/2024	21/08/2024	113247	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259177.80
21/08/2024	21/08/2024	113355	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259189.80
21/08/2024	21/08/2024	113621	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259201.80
21/08/2024	21/08/2024	113672	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259213.80
21/08/2024	21/08/2024	113862	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259225.80
21/08/2024	21/08/2024	113935	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259237.80
21/08/2024	21/08/2024	113994	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259249.80
21/08/2024	21/08/2024	114041	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259261.80
21/08/2024	21/08/2024	114106	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259273.80
21/08/2024	21/08/2024	114160	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259285.80

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
21/08/2024	21/08/2024	114229	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259297.80
21/08/2024	21/08/2024	114283	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259309.80
21/08/2024	21/08/2024	114351	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259321.80
21/08/2024	21/08/2024	126183	DOC/TED INTERNET	-12.00	-259333.80
21/08/2024	21/08/2024	000000	TR VLR CX	-150000.00	-409333.80
21/08/2024	21/08/2024	727220	RESG AUTOM	409333.80	0.00
21/08/2024	21/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
22/08/2024	22/08/2024	111488	DEVOL TED	2062.47	2062.47
22/08/2024	22/08/2024	891820	PAG BOLETO	-2328.80	-266.33
22/08/2024	22/08/2024	893150	PAG BOLETO	-2062.48	-2328.81
22/08/2024	22/08/2024	894390	PAG BOLETO	-252.70	-2581.51
22/08/2024	22/08/2024	901540	PAG BOLETO	-149.50	-2731.01
22/08/2024	22/08/2024	905970	PAG BOLETO	-45.00	-2776.01
22/08/2024	22/08/2024	907430	PAG BOLETO	-100.00	-2876.01
22/08/2024	22/08/2024	909410	PAG BOLETO	-298.50	-3174.51
22/08/2024	22/08/2024	910740	PAG BOLETO	-127.00	-3301.51
22/08/2024	22/08/2024	918180	PAG BOLETO	-2815.50	-6117.01
22/08/2024	22/08/2024	923070	PAG BOLETO	-490.80	-6607.81
22/08/2024	22/08/2024	927380	PAG BOLETO	-480.00	-7087.81
22/08/2024	22/08/2024	930640	PAG BOLETO	-535.00	-7622.81
22/08/2024	22/08/2024	111373	ENVIO TED	-1685.12	-9307.93
22/08/2024	22/08/2024	111436	ENVIO TED	-1422.60	-10730.53
22/08/2024	22/08/2024	111488	ENVIO TED	-2062.47	-12793.00
22/08/2024	22/08/2024	111663	ENVIO TED	-1988.46	-14781.46
22/08/2024	22/08/2024	127527	ENVIO TED	-26286.48	-41067.94
22/08/2024	22/08/2024	127585	ENVIO TED	-29650.56	-70718.50
22/08/2024	22/08/2024	127627	ENVIO TED	-20222.86	-90941.36
22/08/2024	22/08/2024	127663	ENVIO TED	-6523.50	-97464.86
22/08/2024	22/08/2024	111373	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97476.86
22/08/2024	22/08/2024	111436	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97488.86

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
22/08/2024	22/08/2024	111488	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97500.86
22/08/2024	22/08/2024	111663	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97512.86
22/08/2024	22/08/2024	127527	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97524.86
22/08/2024	22/08/2024	127585	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97536.86
22/08/2024	22/08/2024	127627	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97548.86
22/08/2024	22/08/2024	127663	DOC/TED INTERNET	-12.00	-97560.86
22/08/2024	22/08/2024	727220	RESG AUTOM	97560.86	0.00
22/08/2024	22/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
23/08/2024	23/08/2024	105903	PAG BOLETO	-115.30	-115.30
23/08/2024	23/08/2024	106032	PAG BOLETO	-522.00	-637.30
23/08/2024	23/08/2024	106186	PAG BOLETO	-1291.36	-1928.66
23/08/2024	23/08/2024	106483	PAG BOLETO	-1634.00	-3562.66
23/08/2024	23/08/2024	106615	PAG BOLETO	-3373.22	-6935.88
23/08/2024	23/08/2024	106739	PAG BOLETO	-2221.26	-9157.14
23/08/2024	23/08/2024	106888	PAG BOLETO	-600.00	-9757.14
23/08/2024	23/08/2024	107062	PAG BOLETO	-2050.37	-11807.51
23/08/2024	23/08/2024	107195	PAG BOLETO	-358.20	-12165.71
23/08/2024	23/08/2024	107312	PAG BOLETO	-612.40	-12778.11
23/08/2024	23/08/2024	107414	PAG BOLETO	-4180.00	-16958.11
23/08/2024	23/08/2024	107538	PAG BOLETO	-1244.25	-18202.36
23/08/2024	23/08/2024	108058	PAG BOLETO	-1080.24	-19282.60
23/08/2024	23/08/2024	108328	PAG BOLETO	-6276.16	-25558.76
23/08/2024	23/08/2024	108570	PAG BOLETO	-386.74	-25945.50
23/08/2024	23/08/2024	109044	PAG BOLETO	-3965.57	-29911.07
23/08/2024	23/08/2024	109489	PAG BOLETO	-1605.00	-31516.07
23/08/2024	23/08/2024	112706	ENVIO TED	-2263.77	-33779.84
23/08/2024	23/08/2024	112801	ENVIO TED	-2016.02	-35795.86
23/08/2024	23/08/2024	112853	ENVIO TED	-2043.55	-37839.41
23/08/2024	23/08/2024	122993	ENVIO TED	-2062.47	-39901.88
23/08/2024	23/08/2024	231120	ENVIO TEV	-1166.41	-41068.29

Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024					
DATA DE LANÇAMENTO	DATA DE MOVIMENTO	DOCUMENTO	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
23/08/2024	23/08/2024	112706	DOC/TED INTERNET	-12.00	-41080.29
23/08/2024	23/08/2024	112801	DOC/TED INTERNET	-12.00	-41092.29
23/08/2024	23/08/2024	112853	DOC/TED INTERNET	-12.00	-41104.29
23/08/2024	23/08/2024	122993	DOC/TED INTERNET	-12.00	-41116.29
23/08/2024	23/08/2024	727220	RESG AUTOM	41116.29	0.00
23/08/2024	23/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
26/08/2024	26/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
27/08/2024	27/08/2024	124952	ENVIO TED	-82.50	-82.50
27/08/2024	27/08/2024	125022	ENVIO TED	-9619.10	-9701.60
27/08/2024	27/08/2024	124952	DOC/TED INTERNET	-12.00	-9713.60
27/08/2024	27/08/2024	125022	DOC/TED INTERNET	-12.00	-9725.60
27/08/2024	27/08/2024	727220	RESG AUTOM	9725.60	0.00
27/08/2024	27/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
28/08/2024	28/08/2024	000000	BLOQ.SALDO	-96.50	-96.50
28/08/2024	28/08/2024	100000	CRED TED	96.50	0.00
28/08/2024	28/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
29/08/2024	29/08/2024	130999	ENVIO TED	-35.90	-35.90
29/08/2024	29/08/2024	130999	DOC/TED INTERNET	-12.00	-47.90
29/08/2024	29/08/2024	727220	RESG AUTOM	47.90	0.00
29/08/2024	29/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00
30/08/2024	30/08/2024	000000	SALDO DIA	0.00	0.00



Extrato Mensal Consolidado de Fundos de Investimento

Agosto/2024

Data de emissão: 02/09/2024

Administradora	Endereço	CNPJ da Administradora
Caixa Econômica Federal	SBS - Quadra 4 - Lotes 3/4 Brasília - DF	00.360.305/0001-04
Investidor	CPF/CNPJ	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	45.349.461/0001-02	

Resumo Consolidado da Movimentação		Dados Consolidados da Tributação		
Saldo Bruto Anterior	813.138,38C	Tipo de fundo:	Renda Fixa (6800)	Renda Variável (6813)
Aplicações	530.259,91C	Rend. Base Trib.	7.663,42C	0,00
Resgates	1.059.764,62D	IR	1.724,24D	0,00
Resgate em Trânsito	0,00	IOF	497,63D	0,00
Eventos	0,00			
Taxa operacional	0,00			
Saldo Bruto Atual	287.578,31C			
Rendimento Bruto no Mês	6.166,51C			

Movimentação Detalhada

Conta3104.0003.000000000519-1

Código	Fundo	CNPJ do Fundo	
5901	CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI LP	16.916.063/0001-22	
Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
12/08	APLICACAO	530.259,91C	202.351,357054
12/08	RESGATE AUT	45.204,59D	17.285,481778
	IRRF	71,56D	
	IOF	20,30D	
	RENDIMENTO	338,34C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	318,04C	
14/08	RESGATE AUT	3.100,00D	1.184,294444
	IRRF	5,73D	
	IOF	0,00	
	RENDIMENTO	25,47C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	25,47C	
16/08	RESGATE AUT	453.675,58D	173.220,216748
	IRRF	912,81D	
	IOF	0,00	
	RENDIMENTO	4.056,99C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	4.056,99C	
21/08	RESGATE AUT	409.333,80D	156.128,947721
	IRRF	695,52D	
	IOF	175,59D	
	RENDIMENTO	3.266,85C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	3.091,26C	
22/08	RESGATE AUT	97.560,86D	37.200,492177
	IRRF	22,44D	
	IOF	193,61D	
	RENDIMENTO	293,35C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	99,74C	
23/08	RESGATE AUT	41.116,29D	15.675,047177
	IRRF	11,60D	
	IOF	87,81D	
	RENDIMENTO	139,38C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	51,57C	
27/08	RESGATE AUT	9.725,60D	3.705,383674
	IRRF	4,55D	
	IOF	20,22D	
	RENDIMENTO	40,44C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	20,22C	
29/08	RESGATE AUT	47,90D	18,238702
	IRRF	0,03D	



Movimentação Detalhada

Conta **3104.0003.000000000519-1**

Código	Fundo	CNPJ do Fundo
5901	CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI LP	16.916.063/0001-22

<i>Data</i>	<i>Histórico</i>	<i>Valor R\$</i>	<i>Qtde de Cotas</i>
	IOF	0,10D	
	RENDIMENTO	0,23C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	0,13C	

[illegible]

Informações ao Cotista

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC Caixa:
0800-726-0101
Ouvidoria:
0800-725-7474

Endereço para Correspondência:
Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Endereço Eletrônico:
<http://fale-conosco.caixa.gov.br/wps/portal/faleconosco>



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.793171 9 97990000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	05/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	2,50
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	482,50
Valor Pago (R\$):	482,50

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:11:10

Código da operação: 020228848

Chave de segurança: Y8QZ22688QLE129K

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

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.012.552
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA
AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP
Fone (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br
CEP 13.222-760

3524 0737 8340 1200 0121 5500 1000 0125 5210 0014 6110
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DO OPERAÇÃO
VENDA

DADOS DA NF-e
Protocolo: 135241516788089
Data: 15/07/2024 15:48

INScrição ESTADUAL
712168965111

INScrição ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACA O HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
15/07/2024

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17.402-064

MUNICIPIO
GARÇA

FONE
(16) 3374-8438

UF
SP

INScrição ESTADUAL

HORA SAÍDA
15:47:08

EATURA / DUPLICATA
001 - 480,00 - 05/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
480,00

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

VALOR DO DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA
480,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE
1-DESTINATÁRIO

CODIGO ANTT
2

CODIGO ANT T
054262577

PLACA DO VEÍCULO
DQY0D61

UF
SP

CNPJ / CPF
04.229.338/0001-70

ENDEREO
AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14

MUNICIPIO
VARZEA PAULISTA

UF
SP

INScrição ESTADUAL
712104470111

QUANTIDADE
3

ESPécie
CILINDROS

MARCA
DIVERSOS

NÚMERO
0

PESO BRUTO
0

PESO LÍQUIDO
0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

TABELA COM COLUNA PARA Código Prod., Descrição dos produtos/serviços e colunas para NCM, CST, CFOP, Unidade, Quant., Vl Unitário, Vl Total, B.C. ICMS, VL ICMS, VL IPI, Alíquotas ICMS e IPI.

DADOS ADICIONAIS

Informações complementares com texto sobre legislação tributária aplicável.

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 01/2024 Prefeitura Municipal Louveira

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 00003.793171 9 97990000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003793-0	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003771	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 05/08/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 06.08.2024 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 00003.793171 9 97990000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 05/08/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 15/07/2024	Nr. do documento 003771	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 19/07/2024	Nosso número 32905220000003793-0
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 06.08.2024 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 480,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000022 71000.070301 9 97990000032833
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
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA
CPF/CNPJ:	72.911.837/0002-84
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
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:	05/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	328,33
Juros (R\$):	1,32

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	329,65
Valor Pago (R\$):	329,65

Data/hora da operação:	07/08/2024 17:11:33
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	020229182
Chave de segurança:	Y9GKXM29MMT3Q7QK

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

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Sex, 2024-07-26 05:41

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 26/07/2024 09:40.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: JAKSON

Cupom Fiscal: 5946

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: 5946

HM:

Placa: FGX7H16

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	12,563 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 50,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 50,00

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 50,00



ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
CNPJ 72.911.837/0002-84 IE: 421000607117
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - LOUVEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 26/07/2024

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: ISENTO

Placa: FGX7H16 Km:

Veículos.:

Motorista: JAKSON

Valor....: 50,00

Forma de Pagamento.: NOTAS A COBRAR

Cupon.: 5946

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Qui, 2024-07-25 05:45

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 25/07/2024 09:43.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: JAKSON

Cupom Fiscal: 5911

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: 5911

HM:

Placa: FGX7H16

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	28,136 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 111,98
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 111,98

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 111,98

AUTORIZAÇÃO PARA ABASTECIMENTO

Data: 25/07/2024

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: FGX7H16 Km:

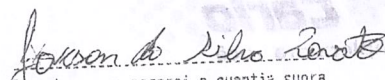
Veículos.:

Motorista: JAKSON

Valor.....: 111,98

Forma de Pagamento.: NOTAS A COBRAR

Cupom.: 5911


Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Qua, 2024-07-24 04:57

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 24/07/2024 08:55.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: JAKSON

Cupom Fiscal: 5877

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: 5877

HM:

Placa: FGX7H16

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA ADITIVADA	24,866 L	R\$ 6,690	R\$ 0,00	R\$ 166,35
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 166,35

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 166,35



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

Comprovante de Entrega



Bradesco

|237-2|

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 05/08/2024	Nº do Documento 8297932
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000271-3	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 328,33
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 29/07/2024
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

() Não Procurado

() Outros (anotar no verso)

Recibo do Pagador



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000022 71000.070301 9 97990000032833

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000271-3
Número do documento 8297932	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 05/08/2024	Valor documento R\$ 328,33	
(-) 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

Autenticação mecânica

Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,66 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Corte na linha pontilhada



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000022 71000.070301 9 97990000032833

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 05/08/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 29/07/2024	Nº documento 8297932	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 29/07/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000271-3
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor R\$ 328,33
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 - GARCA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa
Pagador / Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

29/07/2024 15:09

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 8297932
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 29/07/2024
Vencimento: 05/08/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
	5877	24/07/2024	FGX7H16	72.911.837/0002-84	24,87				GASOLINA ADITIVADA	6,690	166,350	6,690	166,350
	5911	25/07/2024	FGX7H16	72.911.837/0002-84	28,14				ETANOL COMUM	3,980	111,980	3,980	111,980
	5946	26/07/2024	FGX7H16	72.911.837/0002-84	12,56				ETANOL COMUM	3,980	50,000	3,980	50,000

Total de litros: 65,57Valor Total: 328,33

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor total faturado: 328,33

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
ETANOL COMUM	40,70	161,98	161,98
GASOLINA ADITIVADA	24,87	166,35	166,35



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	40390.00007 10710.409003 95951.120013 5 97990000065800
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:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
Nome/Razão Social:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CPF/CNPJ:	10.710.409/0001-55
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CPF/CNPJ:	10.710.409/0001-55
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil
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:	05/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	658,00
Juros (R\$):	0,43
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	13,16
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	671,59
Valor Pago (R\$):	671,59

Data/hora da operação:	07/08/2024 17:11:49
------------------------	---------------------

Código da operação:	020229579
Chave de segurança:	C6HN1K1U2TLPV2VE

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

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

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Competência
08/2024

S

Número RPS:
7378Número Nota Fiscal:
9644Data Emissão
03/08/2024

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 A TREINAMENTO E IMPLANTACAO PLATAFORMA SINC.CARE Trib aprox R\$: 88,50 Federal e 25,73 Municipal Fonte: IBPT 18.1.A	658,00	658,00

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

Observação:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Total dos Serviços	658,00
Total de Deduções	0,00
Desc. Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	658,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00 % 13,16
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota		RETENÇÕES										Total Liquido				
658,00		ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	658,00

Esta é a chave de validação: JBQK-QTHW

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\$ 658,00



Vencimento
05/08/2024

Beneficiário

Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CNPJ 10.710.409/0001-55

Descrição

Treinamento E Implantação
REF AO USO DA PLATAFORMA SINC.CARE PROD
JULHO 2024

Antes do vencimento

R\$ 0,00
desconto

Após o vencimento

R\$ 13,16 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 10710.409003
95951.120013 5 97990000065800



Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo



Data de emissão: 30/07/2024

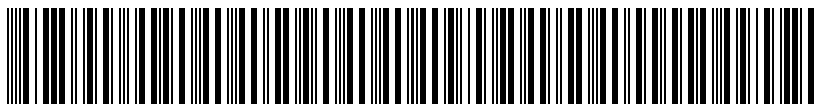
Tudo na Cora é tão simples quanto emitir este boleto. Abra sua conta grátis.

Cora | 403-9 |

40390.00007 10710.409003 95951.120013 5 97990000065800

Local de Pagamento Pagável em qualquer agência bancária				Vencimento 05/08/2024	
Beneficiário Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda		CPF/CNPJ do Beneficiário 10.710.409/0001-55		Agência/Código do Beneficiário 0001	
Data do Documento 30/07/2024		Nr. do Documento 95951120		Nosso Número 107104090095951120	
Uso do Banco	Carteira 01	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento 658,00
Após o vencimento, aplicar multa de R\$ 13,16 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 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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	40390.00007 10710.409003 95950.897017 4 97990000329000
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:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
Nome/Razão Social:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CPF/CNPJ:	10.710.409/0001-55
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CPF/CNPJ:	10.710.409/0001-55
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil
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:	05/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.290,00
Juros (R\$):	2,19
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	65,80
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.357,99
Valor Pago (R\$):	3.357,99

Data/hora da operação:	07/08/2024 17:12:06
------------------------	---------------------

Código da operação:	020229816
Chave de segurança:	LT0AC8GE3RKZGHU7

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

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

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Competência
08/2024

S

Número RPS:
7381Número Nota Fiscal:
9647Data Emissão
03/08/2024

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 USO DA PLATAFORMA SINC.CARE PRODUCAO JULHO-2024 - PROJETO LOUVEIRA 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:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

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: BOUK-ANUL

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
05/08/2024

Beneficiário

Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CNPJ 10.710.409/0001-55

Descrição

Recorrencia Sinc.care
REF AO USO DA PLATAFORMA SINC.CARE PROD
JULHO 2024

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 10710.409003
95950.897017 4 97990000329000



Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo



Data de emissão: 30/07/2024

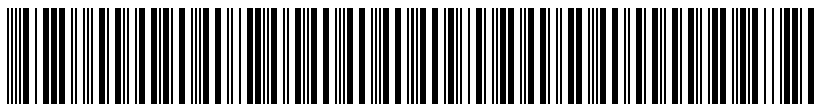
Tudo na Cora é tão simples quanto emitir este boleto. Abra sua conta grátis.

Cora | 403-9 |

40390.00007 10710.409003 95950.897017 4 97990000329000

Local de Pagamento Pagável em qualquer agência bancária				Vencimento 05/08/2024	
Beneficiário Sinconecta Tecnologia Da Informacao Ltda		CPF/CNPJ do Beneficiário 10.710.409/0001-55		Agência/Código do Beneficiário 0001	
Data do Documento 30/07/2024		Nr. do Documento 95950897		Nosso Número 107104090095950897	
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 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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.807179 9 98010000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	07/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:12:21

Código da operação: 020230087

Chave de segurança: GQSUPGS7438QJPTG

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

Gu

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

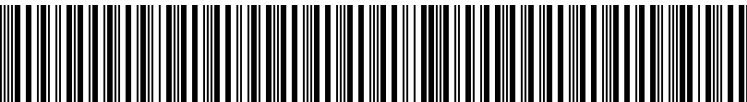
1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use modo
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita do
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00003.807179 9 98010000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003807-4	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003785	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 07/08/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 08.08.2024 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 00003.807179 9 98010000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento				Vencimento 07/08/2024	
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME				Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1	
Data do 17/07/2024	Nr. do documento 003785	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 19/07/2024	Nosso número 32905220000003807-4
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 08.08.2024 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 480,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.01571 11500.000002 15485.701013 6 98020000242744
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
Nome/Razão Social:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
CPF/CNPJ:	44.672.062/0001-15
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.427,44
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.427,44
Valor Pago (R\$):	2.427,44

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:12:41

Código da operação: 020230604

Chave de segurança: ZF82YXQ1JJV2XSTA

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



DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica



DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA
RUA DOUTOR JORGE LOBATO, 1410
VILA TIBERIO - 14050-110
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1637715458

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 000.021.736
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO

3524 0744 6720 6200 0115 5500 1000 0217 3610 0227 4741

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241489275968 - 11/07/2024 17:14:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797833036116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

44.672.062/0001-15

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/07/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 050

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

GARÇA

UF

SP

FONE / FAX

16992288028

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM LAGO AZUL II

CEP

13294-394

MUNICÍPIO

LOUVEIRA

UF

SP

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Num. 001
Venc. 08/08/2024
Valor R\$ 2.427,44

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
2.427,44	291,30	0,00	0,00	0,00	0,00	2.427,44
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.427,44

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200 GALPAO 11B KM 2.2 SP 110-33

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

671495090114

QUANTIDADE

23

ESPÉCIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SII	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
787	(605) AGUA P/ INJECÃO SOL INJ CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2430394 Qt: 7 Val: 03/02/26 FCI:A6CD77AA-F39E-488C-BA2D-72B25F159151	30049099	500	5102	CX	7	42,4000	296,80	296,80	35,62			12,00	
757	(623) SOL. FISIO. CLORETO DE SODIO 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2431573 Qt: 9 Val: 13/05/26 FCI:418ABEA0-1891-43C0-AA5B-07D36799C477	30049099	500	5102	CX	9	43,4600	391,14	391,14	46,94			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:

PEDIDO BIONEXO 353890862

CONTATO ANDERSON

Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira

PEDIDO DE COMPRA:PDC#353890862#BIONEXO

Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 227350

ATENDIMENTO (16) 3771-5458

DEVOLUCAO DE MERCADORIA NO PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS.

AFE 3.11280-6

AFE 4.04495-0

AFE 1.27329-6

AE 1.27330-8

Inf. fisco:

Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 326,49 Estadual: R\$ 291,30 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

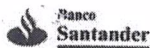
(A) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL.

Regime Especial - 100320/2022 - Portaria CAT no 116/2017

ROTA: ENTREGA 1 DIA

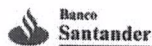
RESERVADO AO FISCO

cod. 21736



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115	Data do Documento 11/07/2024	Vencimento 08/08/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 21736-01	Nosso Número: 0015485	Valor do Documento: 2.427,44
Autenticação Mecânica			



033-0

03399.01571 11500.000002 15485.701013 6 98020000242744

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 08/08/2024
Beneficiário DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15					Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115
Data do documento: 11/07/2024	No. do documento 21736-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 11/07/2024	Nosso Número 0015485-7
Uso do Banco	Carteira 101	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 2.427,44
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,62 AO DIA					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP
45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.008855 94001.512204 6 98020000291692
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ:	04.274.988/0001-38
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.916,92
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.916,92
Valor Pago (R\$):	2.916,92

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:12:55

Código da operação: 020231304

Chave de segurança: KLEMF5VQGUNP2290

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Ativa ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITA, 290 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.127.228 Série 001 Folha 1/2		 CHAVE DE ACESSO 3524 0704 2749 8800 0138 5500 1000 1272 2810 2421 5968 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 135241488417463 - 11/07/2024 15:46:13		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582596876113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF 04.274.988/0001-38	

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 11/07/2024			DATA DA SAÍDA/ENTRADA		
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 050 MUNICÍPIO GARÇA			BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS CEP 17402-064		
UF SP			FONE / FAX 1836591411		
INSCRIÇÃO ESTADUAL			HORA DA SAÍDA/ENTRADA		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 INSCRIÇÃO ESTADUAL			INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ENDEREÇO RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063 MUNICÍPIO LOUVEIRA			BAIRRO / DISTRITO 13294-394*JARDIM LAGO AZUL II CEP 13294-394		
UF SP			FONE / FAX		

FATURA / DUPLICATA	
Num.	001
Venc.	08/08/2024
Valor	R\$ 2.916,92

BASE CALC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
2.916,92	474,47	0,00	0,00	0,00	0,00	2.916,92
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.916,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA FRETE POR CONTA 0-Remetente		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330		MUNICÍPIO SUMARE		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 1		ESPÉCIE Volumes		MARCA		NUMERAÇÃO	
PESO BRUTO 17,180		PESO LÍQUIDO 17,180					

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
53648	AERODINI 100MCG/DOSE AER SPRAY 2000DOSES+ADAPTADOR TEUTO S+ PMC: 52.30 Lote: 07642507 Qt: 10 Fab: 01/10/23 Val: 01/10/25	30049039	000	5102	FR	10	23,0000	230,00	230,00	41,40			18,00	
33821	BEPEBEN 1.200.000UI PO SUS INJ S/DIL CX C/ 50 FA TEUTO S+ PMC: 19.77 Lote: 2505803 Qt: 200 Fab: 20/03/24 Val: 20/03/26 FCI:458F07BE-95B3-484F-A2B0-C0540607F65B	30041013	500	5102	FA	200	6,1304	1.226,08	1.226,08	220,69			18,00	
49498	CEFTRIAXONA 1G (GEN) PO SOL INJ IV S/DIL CT C/ 50 FA TEUTO G+ PMC: 61.35 Lote: 96320159 Qt: 200 Fab: 01/04/24 Val: 15/04/26 FCI:71FBEC98-ID9D-4B57-9CAE-7E26385A531C	30049099	500	5102	FA	200	3,8634	772,68	772,68	92,72			12,00	
31604	DIPIRONA SODICA 500MG (GEN) CT C/ 500 CP/PRATI DONADUZZI G- PmPf: 216,50 PMC: 0.59 Lote: 24D84Q Qt: 500 Fab: 10/04/24 Val: 10/04/26 FCI:B98F76AC-EF77-46C7-8A51-B1981971CF83	30049069	500	5102	CP	500	0,1400	70,00	70,00	8,40			12,00	

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: PEDIDO 353890862 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira PEDIDO DE COMPRA:PDC#353890862#BIONEXO Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2421596 BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4 BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0 PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38 "CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO" Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 392,31 Estadual: R\$ 350,04 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT		RESERVADO AO FISCO	
---	--	--------------------	--

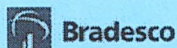


ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITÁ, 290

Cep:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP

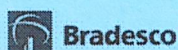
Fone:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 11/07/2024	Vencimento 08/08/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 127228-01	Nosso Número: 00000088594	Valor: 2.916,92

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.008855 94001.512204 6 98020000291692

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 08/08/2024
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38					Agência/Código Beneficiário 2401-5/0015122-P
Endereço Beneficiário RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP					
Data do documento: 11/07/2024	No. do documento 127228-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 11/07/2024	Cart./Nosso Número 09/00000088594-3
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 2.916,92
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 7,78 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 58,34 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP
45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista

Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02080.513001 00025.212176 1 98020000119408
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE 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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.194,08
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.194,08
Valor Pago (R\$):	1.194,08

Data/hora da operação:	07/08/2024 17:13:22
------------------------	---------------------

Código da operação: 020231436 Chave de segurança: FFV1394FME6U4PYT

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


MED CENTER COMERCIAL LTDA

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges
Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950
www.medcentercomercial.com.br

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº: 000556141
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1


CHAVE DE ACESSO:

3124 0700 8749 2900 0140 5500 1000 5561 4112 4892 1361

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 NAO CONTRIBUINTE - 6108

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.
813015791118

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131246063388410 11/07/24 16:10:20

CNPJ
00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
(13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

C.N.P.J./C.P.F.
45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO
11/07/2024

ENDEREÇO
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA ENTR/SAÍDA
11/07/2024

MUNICÍPIO

FONE / FAX
1133748438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
16:10:06

FATURA / DUPLICATA

001 08/08/2024 1.194,08

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.194,08		80,09	0,00	0,00	1.194,08
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX. TRIBUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.194,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE POR CONTA
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

C.N.P.J./C.P.F.
23246316000163

ENDEREÇO
AV 10, 1126

MUNICÍPIO
RIO CLARO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
587220280115

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

3 VOLUME(S)

588040

16,178 Kg

16,178 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC ICMS ST VL ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL APROX TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS %IPI
00886300 3004.90.69	DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML XPE 120 ML - 0022590/FAB.01/09/23/VAL.30/09/25	1	6108 0	1 CX	95,000000	0,00%	95,00	95,00	0,00	11,40	0,00	12,00	0,00
00206500 3004.50.90	DRAMIN B6 DL AMP 10 ML (N) - 12690979/FAB.01/11/23/VAL.30/10/25 C/ 100 AP	1	6108 100	1 CV	790,000000	0,00%	790,00	790,00	0,00	31,60	0,00	4,00	0,00
01620300 3004.90.41	METOCLOPRAMIDA 10MG COMP - 044250/FAB.01/04/24/VAL.30/04/26 C/ 20 CP	1	6108 200	1 CV	1,758000	0,00%	17,58	17,58	0,00	2,11	0,00	12,00	0,00
01478100 3004.90.45	PARACETAMOL 200 MG/ML GTS 15ML - 0022302/FAB.01/08/23/VAL.30/08/25	1	6108 0	1 CX	230,000000	0,00%	230,00	230,00	0,00	27,60	0,00	12,00	0,00
01850200 3004.90.45	PARACETAMOL 500MG COMP - 0253/23M/FAB.01/02/23/VAL.30/01/25 C/ 500 CP	1	6108 500	1 CV	61,500000	0,00%	61,50	61,50	0,00	7,38	0,00	12,00	0,00

cod. 556180

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BOLETO
ID 353890862.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato:
Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #EndereCo de entrega: Rui
Luiz Martins Cruz 63, Jd Lago Azul, CEP 13.294-394, Cidade Louveira/SP
Pedido: 588040
Volume M3: 0.036153
Rota: 10
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABELS
Valor ICMS UF Destino R\$: 111,65

RESERVADO AO FISCO

BANCO DO BRASIL | 001-9 |

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0368-9/00001162	N. DO DOCUMENTO 556141/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Nosso Número 208051300000252	VENCIMENTO 08/08/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 1.194,08	

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO

11/07/2024

BANCO DO BRASIL | 001-9 |

RECIBO DO PAGADOR

001-9 RECIBO DO PAGADOR



Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO	08/08/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0368-9/00001162-2
CART. / NOSSO NÚMERO	20805130000025212
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	1.194,08
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO

MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40

ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO	NO. DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO
11/07/2024	556141/01	DM	N	11/07/2024

USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA	MOEDA	QUANTIDADE	VALOR
		17	R\$		X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO

Após 08/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARCA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02080.513001 00025.212176 1 98020000119408

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO		VENCIMENTO 08/08/2024	
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40		AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0368-9/00001162-2	
ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484		CART. / NOSSO NÚMERO 20805130000025212	
DATA DO DOCUMENTO 11/07/2024	Nº DO DOCUMENTO 556141/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 17	MOEDA R\$
		QUANTIDADE	VALOR X
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO		1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 1.194,08	
Após 08/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.		2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
		3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
		4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
		5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
		6 (=) VALOR COBRADO	

Parcela: 1/01

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARCA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



0 - VERSÃO 0.6.14



MED CENTER COMERCIAL LTDA
Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges
Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950
www.medcentercomercial.com.br

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº: 000556180
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2

CHAVE DE ACESSO:
3124 0700 8749 2900 0140 5500 1000 5561 8017 9341 5094
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 NAO CONTRIBUINTE - 6108		PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131246063507568 11/07/24 17:10:26	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 5259495840034		INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT. 813015791118	
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL (13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		C.N.P.J / C.P.F. 45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	
MUNICÍPIO GARÇA		CEP 17402-064	
FONE / FAX 1133748438		UF SP	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 17:09:25	

FATURA / DUPLICATA	001 08/08/2024 2.849,64		
--------------------	-------------------------	--	--

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		VALOR DO I.C.M.S.		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST		VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		1.866,29		175,20		0,00		0,00		2.849,64	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO I.P.I.		VALOR APROX. TRIBUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		2.849,64	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		C.N.P.J / C.P.F.	
BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI		AV 10, 1126		0 - Emitente						SP		23246316000163	
MUNICÍPIO		RIO CLARO								SP		587220280115	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			
23		VOLUME(S)				588073		105,731 Kg		105,731 Kg			

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC ICMS ST VL ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL APROX TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS %IPI
00325300	AGULHA 13 X 4,5 DESC -	0	6108	1	5,380000	0,00%	5,38	5,38	0,00	0,22	0,00		4,00 0,00
9018.32.19	5212212/FAB.01/12/22/VAL.30/12/27 C/ 100 UN	100	200	CV		0,00		5,38	0,00				
01558400	AGULHA 25 X 08 DESC -	0	6108	2	5,380000	0,00%	10,76	10,76	0,00	0,43	0,00		4,00 0,00
9018.32.19	230712/FAB.01/07/23/VAL.30/07/28 C/ 100 UN	200	200	CV		0,00		10,76	0,00				
00309600	AGULHA 30 X 08 DESC -	0	6108	10	6,270000	0,00%	62,70	62,70	0,00	2,51	0,00		4,00 0,00
9018.32.19	AGL003E/24/FAB.01/03/24/VAL.30/03/29 C/ 100 UN	1.000	200	CV		0,00		62,70	0,00				
01162900	AGULHA 40 X 12 DESC -	0	6108	70	7,080000	0,00%	495,60	495,60	0,00	19,82	0,00		4,00 0,00
9018.32.19	221024/FAB.24/10/22/VAL.23/10/27 C/ 100 UN	7.000	200	CV		0,00		495,60	0,00				
01822700	ALCOOL ETILICO 70% 1000ML -	8	6108	8	26,197500	0,00%	209,58	209,58	0,00	25,15	0,00		12,00 0,00
3808.99.19	1161421/FAB.05/06/24/VAL.04/06/27	0	000	FD		0,00		209,58	0,00				
00697800	ALCOOL ETILICO 70% 100ML ANTISSEPTICO -	6	6108	200	1,065000	0,00%	213,00	213,00	0,00	25,56	0,00		12,00 0,00
3808.94.29	P24050060/FAB.01/05/24/VAL.30/05/26	20	500	FR		0,00		213,00	0,00				
00151200	ASP TRAQUEAL 06 -	0	6108	2	5,610000	0,00%	11,22	11,22	0,00	0,00	0,00		12,00 0,00
9018.39.29	64255/FAB.01/04/24/VAL.30/04/27 C/ 10 UN	20	040	PC		0,00		0,00	0,00				
01831700	ATADURA 20CM - CREPE 13FIOS (1,80MT) -	0	6108	17	9,377647	0,00%	159,42	159,42	0,00	19,13	0,00		12,00 0,00
3005.90.90	1324/FAB.01/03/24/VAL.30/03/29 C/ 12 RL	204	000	DZ		0,00		159,42	0,00				
01809500	AVENTAL 50GR M LONGA DESC C/LATEX -	1	6108	16	31,616250	0,00%	505,86	505,86	0,00	60,70	0,00		12,00 0,00
6210.10.00	402-24/FAB.01/02/24/VAL.28/02/26 C/ 10 UN	10	000	PC		0,00		505,86	0,00				
01809500	AVENTAL 50GR M LONGA DESC C/LATEX -	0	6108	4	31,615000	0,00%	126,46	126,46	0,00	15,18	0,00		12,00 0,00
6210.10.00	409-23/FAB.01/09/23/VAL.30/09/25 C/ 10 UN	40	000	PC		0,00		126,46	0,00				
01852900	CATETER 20 SIMPLES - INT. -	0	6108	5	53,250000	0,00%	266,25	266,25	0,00	0,00	0,00		4,00 0,00
9018.39.29	2401035/FAB.01/01/24/VAL.30/12/28 C/ 100 UN	500	240	CV		0,00		0,00	0,00				
01853000	CATETER 22 SIMPLES - INT. -	1	6108	10	53,250000	0,00%	532,50	532,50	0,00	0,00	0,00		4,00 0,00
9018.39.29	2401015/FAB.01/01/24/VAL.30/12/28 C/ 100 UN	0	240	CV		0,00		0,00	0,00				
01844700	CATETER NASAL TIPO OCULOS -	2	6108	200	0,816500	0,00%	163,30	163,30	0,00	0,00	0,00		12,00 0,00
9018.39.29	2COUAA002/FAB.01/06/23/VAL.30/06/28	0	740	UN		0,00		0,00	0,00				
00364800	COLETOR SIST ABERTO URINA 1200ML	0	6108	10	4,253000	0,00%	42,53	42,53	0,00	5,10	0,00		12,00 0,00
3006.91.90	GARRAFA -	10	000	FR		0,00		42,53	0,00				
	0404243701/FAB.04/04/24/VAL.04/04/26												
01855800	GARROTE C/TRAÇA AZUL -	0	6108	2	17,500000	0,00%	35,00	35,00	0,00	1,40	0,00		4,00 0,00
9018.90.99	231954/FAB.01/09/23/VAL.01/09/30 C/ 25 UN	50	200	CV		0,00		35,00	0,00				

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
BOLETO			
id 353891506.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #Endereco de Entrega: Ru: Luiz Martins Cruz n 63 Jardim Lago Azul CEP 13.294-394 Cidade Louveira-SP			
Produtos Isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/			
Alto, de 13,3% conforme inciso XV do art. 54 da RICMS/SP			
Pedido: 588073			
Volume M3: 0,590208			
Rota: 10			
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS			
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGIIS E TERMOLABEIS			
Valor ICMS UF Destino R\$: 133,73			

cod. 556180

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0368-9/00001162	N. DO DOCUMENTO 556180/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 208051300000252	VENCIMENTO 08/08/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO		ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 2.849,64

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	DATA DE PROCESSAMENTO 11/07/2024
--	-------------------------------------

001-9 RECIBO DO PAGADOR



Fone: (35) 3449-1950

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484					
DATA DO DOCUMENTO 11/07/2024	NO. DO DOCUMENTO 556180/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 11/07/2024	
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 17	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 08/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

VENCIMENTO	08/08/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0368-9/00001162-2
CART. / NOSSO NÚMERO	20805130000025252
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	2.849,64
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

PAGADOR
13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS
17402064 GARCA
SACADOR/AVALISTA

SP

Autenticação Mecânica

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						VENCIMENTO 08/08/2024
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484						AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0368-9/00001162-2
DATA DO DOCUMENTO 11/07/2024	Nº DO DOCUMENTO 556180/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 11/07/2024		CART. / NOSSO NÚMERO 20805130000025252
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 17	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X	1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 2.849,64

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 08/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

PAGADOR
13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS
17402064 GARCA
SACADOR/AVALISTA

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000419 14647.601047 9 98020000682316
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	6.823,16
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	6.823,16
Valor Pago (R\$):	6.823,16

Data/hora da operação:	07/08/2024 17:13:51
------------------------	---------------------

Código da operação:	020231901
Chave de segurança:	UJKSMLJ9ZLT51PGY

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

ATIVA LOGÍSTICA		ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200 PO. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000 SAO PAULO -SP-CEP: 02190-050 www.ativalog.com.br		DACTE Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico		AUTORIZAÇÃO 12/07/24 15:55		FL 1/1					
CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTRE 01201936		SÉRIE 16		NÚMERO 005633923		MODAL RODOVIÁRIO		MODELO 57		Nº PROTOCOLO 135241896649561			
TIPO DO CT-E NORMAL		TIPO DO SERVIÇO NORMAL		CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 5352 Transp. est industrial		CONTROLE DO FISCO							
ORIGEM DA PRESTAÇÃO ARUJA/SP		DESTINO DA PRESTAÇÃO LOUVEIRA/SP		EMITIDO POR amanoel		Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br 35.2407.01.125.797/0007-01-57-016-005.633.923-130.271.501-2							
REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GAL-ÃO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700		DESTINATÁRIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA END AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 585 MIRANDOPOLIS MUN MIRANDOPOLIS - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE 188070970117 FONE (18)36591243		EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700		RECEBEDOR/LOC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (...) END RUA LUIS MARTINS CRUZ N 63 SANTO ANTONIO MUN LOUVEIRA - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE 188070970117 FONE (18)36591243		TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700		COMPONENTES DO FRETE (R\$)		MERCADORIA	
										PROD PREDOMIN LUVA PARA PROCE ESPECIE CAIXAS VALOR MERCADORIA (R\$) 6.823,16 QTDE PARES/VOLUMES 0 40 CUBAG(m3)/PESO (Kg) 1,2200 216,000 PESO CÁLCULO (Kg) 366,000			
										ICMS (R\$)			
										SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA NORMAL BASE CÁLCULO 359,41 ALIQ DIFAL/ICMS(%) 0,00 12,00 VALOR ICMS 43,13 DIFAL ICMS ORIG/DEST 0,00 0,00 CRED PRES/ICMS ST 0,00 0,00			
										FRETE TOTAL (R\$) 359,41		VALOR A RECEBER (R\$) 359,41	
										DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$		PIX	
										ICMS/ISS: 43,13 PIS: 4,78 COFINS: 22,01 TOTAL: 69,92			
										CHAVES NF-E/CT-E			
										NF-E: 35240711206099000441550010006881711243204534			
PLACA COLETA AQH4652		TOMADOR REMET		COBRAR A PRAZO		PREV.ENTREGA 15/07/24		NR 00140924167075 - 00140924171161		TENTATIVAS DE ENTREGA			
										1° / / - : -			
										2° / / - : -			
										3° / / - : -			
										SAO 392120-4			
										CPQ / 09			
										PROCESSADO POR SSW.NF.BR			

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 688171
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3524 0711 2060 9900 0441 5500 1000 6881 7112 4320 4534

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 Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241490607474 11/07/2024 20:45:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
11/07/2024

ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAÍDA
12 JUL 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 08/08/2024 6.823,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
6.271,76	1.096,87	0,00	0,00	6.823,16
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				6.823,16

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
40	CAIXA			216,00	216,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
30098	SERINGA DESC.10ML LOCK C/250-SR LT L791 (8) 05/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L791, Qtde: 8 ,Data Fab: 20/05/2024, Data Val: 20/05/2029)	90183119	100	5102	CX	8	49,7000	397,60	397,60	71,57		18,00	
21452	LUVA PARA PROCED. NAO ESTERIL VINIL S/PO M C/20-DESCARPACK LT F24005450M (5) 04/2029 (Fornecedor: 918, Lote: F24005450M, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/- 2029)	39262000	200	5102	CX	5	275.0000	1.375,00	1.375,00	247,50	0,00	18,00	0,00
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 069 (12) 11/2028 \ LT 072 (3) 12/2028 (Fornecedor: 3328, Lote: 069, Qtde: 12 ,Data Fab: 29/11/2023, Data Val: 29/11/20- 28 / Fornecedor: 3328, Lote: 072, Qtde: 3 ,Data Fab: 11/12/2023, Data Val: 11/12/20- 28)	44219900	000	5102	PCT	15	4,8400	72,60	72,60	13,07	0,00	18,00	0,00
30096	SERINGA DESC.05ML LOCK C/500-SR LT L792 (6) 05/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L792, Qtde: 6 ,Data Fab: 21/05/2024, Data Val: 21/05/2029)	90183119	100	5102	CX	6	61,2000	367,20	367,20	44,06		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID - 353891506 Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
||#R42V22 R35P7V4 R39V14 ||

ITENS 5 a 6,22 a 24 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.

Pedido: 685611

End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,
LOUVEIRA-SP

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 2 Cubagem: 1,22

Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023 (R\$ 0,00 (0,00%) e CSLL R\$ 0,00 (0,00%) e CSLL R\$ 0,00 (0,00%).

RESERVADO AO FISCO

Recebido

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS

SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM

RELACIONADAS NO CANHOTO DA

NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

SUPERMED

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 688171
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3524 0711 2060 9900 0441 5500 1000 6881 7112 4320 4534

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 Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241490607474 11/07/2024 20:45:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.972.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26358	DRENO DE TORAX N.22-CPL LT 73557 (2) 08/2-025 (Fornecedor: 3328, Lote: 73557, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2022, Data Val: 31/08/-2025)	90183929	040	5102	UND	2	5,6450	11,29					
31356	DRENO DE TORAX N.30-LAC MEDICAL LT RA05124 (2) 01/2027 (Fornecedor: 255, Lote: RA051-24, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/01/2024, Data Val: 05/01/2027)	90183929	040	5102	PC	2	4,2050	8,41			0,00		0,00
32940	ALCOOL 70% ANTI-SEP.SACHE C/100-UNIQMED LT 23102791 (60) 10/2028 (Fornecedor: 4484, Lote: 23102791, Qtde: 60 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 31/10/2028)	30059090	200	5102	CX	60	3,1000	186,00	186,00	33,48		18,00	
35726	ELETRODO AD./INF. C/ESPUMA C/GEL C/5-0-MEDPEX - DBI LT 031024 (10) 03/2027 (Fornecedor: 2627, Lote: 031024, Qtde: 10 ,Data Fab: 10/03/2024, Data Val: 09/03/20-27)	90181990	700	5102	PCT	10	11,4400	114,40	114,40	20,59	0,00	18,00	0,00
6100	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.04 C/10-MARK LT 21974 (2) 06/2028 (Fornecedor: 164, Lote: 21974, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)	90183929	000	5102	PCT	2	5,1100	10,22	10,22	1,84	0,00	18,00	0,00
35886	ELETRODO AD./INF. C/ESPUMA C/GEL C/5-0-MEDPEX MP36- DBI LT 032623 (1) 03/2026 (Fornecedor: 2627, Lote: 032623, Qtde: 1 ,Data Fab: 26/03/2023, Data Val: 25/03/20-26)	90181990	700	5102	PCT	1	11,4400	11,44	11,44	2,06	0,00	18,00	0,00
34991	INFUSOR MULTIVIAS 2 VIAS C/CLAMP LS C/4-0-NAYR SAUDE LT 20221220 (12) 12/2027 (Fornecedor: 3460, Lote: 20221220, Qtde: 12 ,Data Fab: 20/12/2022, Data Val: 19/12/2027)	90183999	200	5102	CX	12	21,4483	257,38	257,38	46,33	0,00	18,00	0,00
28958	OCULOS DE PROTECAO INC. MOD.RJ C/40-F.MO LT 18062024 (2) 06/2029 \ LT 01042024 (3) 04/2029 (Fornecedor: 4311, Lote: 18062024, Qtde: 2 ,Data Fab: 18/06/2024, Data Val: 18/06/2029 / Fornecedor: 4311, Lote: 01042024, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 01/04/2029)	90049020	000	5102	CX	5	89,9040	449,52	449,52	80,91	0,00	18,00	0,00
30722	AG.DESC.30 X 07 C/100-SOL MILLENIUM LT 02-103042 (30) 09/2026 (Fornecedor: 1734, Lote: 02103042, Qtde: 30 ,Data Fab: 01/10/2-021, Data Val: 30/09/2026)	90183219	200	5102	CX	30	5,5600	166,80	166,80	20,02		12,00	
24952	GEL P/ECG AZUL 1000G C/12-CARBOGEL LT 231-156 (1) 11/2025 (Fornecedor: 4052, Lote: 231156, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 30/11/2025)	30067000	000	5102	CX	1	75,7800	75,78	75,78	13,64	0,00	18,00	0,00
33703	PULSEIRA ADULTO BRANCA C/100-WILTEX LT H2-0230910 (2) 09/2028 (Fornecedor: 67, Lote: H20230910, Qtde: 2 ,Data Fab: 10/09/2023, Data Val: 10/09/2028)	39269090	200	5102	CX	2	36,4400	72,88	72,88	13,12	0,00	18,00	0,00
21368	LUVA PARA PROCED. NAO ESTERIL VINIL S/PO G C/20-DESCARPACK LT F24005453L (6) 04/2029 (Fornecedor: 918, Lote: F24005453L, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/-2029)	39262000	200	5102	CX	6	275,0000	1.650,00	1.650,00	297,00	0,00	18,00	0,00
28862	COBERT.P/OBITO PLAST. 90X2,00 G C/5-NEW EMBALAGENS LT 108/ (2) 07/2027 (Fornecedor: 4450, Lote: 108/, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/07/2022, Data Val: 15/07/2027)	39232910	000	5102	PCT	2	45,4750	90,95	90,95	16,37	0,00	18,00	0,00
30001	COBERT P/ OBITO PLAST. 60X1,50 INF - TAMANHO M C/5- NEW LT 601/ (1) 06/2028 (Fornecedor: 4450, Lote: 601/, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/06/2020, Data Val: 12/06/20-28)	39232190	000	5102	PCT	1	36,0100	36,01	36,01	6,48	0,00	18,00	0,00

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 688171
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3524 0711 2060 9900 0441 5500 1000 6881 7112 4320 4534

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 Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241490607474 11/07/2024 20:45:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970-117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
30002	COBERT.P/OBITO PLAST.30X60 RN C/5-NEW LT 402/ (1) 08/2028 (Fornecedor: 4450, Lote: 402/, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/08/2023, Data Val: 02/08/2028) OK	39232110	000	5102	PCT	1	25,9100	25,91	25,91	4,66	0,00	18,00	0,00
33068	AV.DESC.ML 30GR BR C/PUNHO STD C/10-MEGA LT 23/003152-0000 (9) 06/2028 (Fornecedor: 3948, Lote: 23/003152-0000, Qtde: 9 ,Data Fab: 01/06/2023, Data Val: 30/06/2028) OK	63079010	200	5102	PCT	9	13,5078	121,57	121,57	21,88	0,00	18,00	0,00
35336	AV. IMPERMEAVEL 40G MANGA LONGA AZUL C/1-0-MEGA LT 24/0014004 (10) 04/2026 (Fornecedor: 3948, Lote: 24/0014004, Qtde: 30 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2026) OK	63079010	200	5102	PCT	30	26,3500	790,50	790,50	142,29	0,00	18,00	0,00
35187	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 4FR X 13CM-ALIVE LT T231108A (4) 11/2028 (Fornecedor: 4461, Lote: T231108A, Qtde: 4 ,Data Fab: 08/11/2023, Data Val: 07/11/2028) OK	90183929	040	5102	UND	4	67,5000	270,00			0,00		0,00
22094	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC LT 24/A01533 (4) 03/2027 \ LT 24/A01928 (7) 04/2027 \ LT 24/A01953 (3) 04/2027 (Fornecedor: 7710, Lote: 24/A01533, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/2027 / Fornecedor: 7710, Lote: 24/A01928, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2027 / Fornecedor: 7710, Lote: 24/A01953, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2027) OK	90183929	040	5102	UND	50	5,1166	255,83			0,00		0,00
31348	DRENO DE TORAX N.14-LAC MEDICAL LT RA31723 (2) 07/2026 (Fornecedor: 255, Lote: RA317-23, Qtde: 2 ,Data Fab: 31/07/2023, Data Val: 31/07/2026) OK	90183929	040	5102	PC	2	2,9350	5,87			0,00		0,00



Recibo do Pagador

033-7

03399.48457 01300.000419 14647.601047 9 98020000682316

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

Nosso Número 000004114647-6	Nr.Documento 6688171U	Data de Vencimento 08/08/2024	Valor do Documento R\$ 6.823,16	(=) Valor Pago R\$ 6.823,16
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80
AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP

Agência/Código do Beneficiário
3689/4845013

Autenticação Mecânica



Boleto de Pagamento

033-7

03399.48457 01300.000419 14647.601047 9 98020000682316

Local de pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento
08/08/2024

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80
AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP

Agência/Código do Cedente
3689/4845013

Data do Documento 11/07/2024	Número do Documento 6688171U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 23/07/2024	Nosso Número 000004114647-6
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 6.823,16

Instruções
JUROS DIARIO DE R\$ 11,15

(-) Desconto/Abatimento

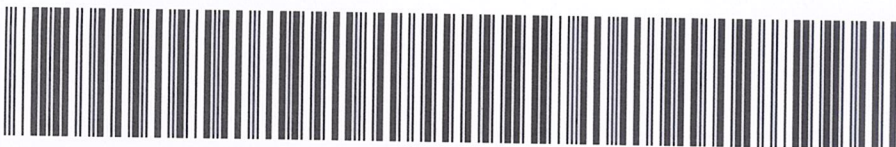
(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
R\$ 6.823,16

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL / 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10113.140676 60085.430001 4 98020000121750
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.217,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.217,50
Valor Pago (R\$):	1.217,50

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:14:06

Código da operação: 020232124

Chave de segurança: 3J8JAC7E9SNWYUFR

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MED CENTER COMERCIAL LTDA
ROD BR 459 KM 99, SN
JD STA EDWIRGES - 37552-484
POUSO ALEGRE - MG Fone/Fax: 3534491950

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 000.557.553
Série 001
Folha 1/1


CHAVE DE ACESSO
3124 0700 8749 2900 0140 5500 1000 5575 5312 3262 9000
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 NAO CONTRIBUINTE - 6108

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5259495840034

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.
813015791118

CNPJ / CPF
00.874.929/0001-40

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131246076183201 - 18/07/2024 17:25:52

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
18/07/2024

ENDEREÇO
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
18/07/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

FONE / FAX
1133748438

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA
17:25:44

FATURA / DUPLICATA

Num. 001

Venc. 08/08/2024

Valor R\$ 1.217,50

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	V. TOTAL PRODUTOS
537,50	29,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.217,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	61,25	0,00	1.217,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE
0-Por conta do Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF
23.246.316/0001-63

ENDEREÇO
AV 10, 1126

MUNICÍPIO
RIO CLARO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
587220280115

QUANTIDADE
2

ESPÉCIE
VOLUME(S)

MARCA

NUMERAÇÃO
589514

PESO BRUTO
8,675

PESO LÍQUIDO
8,675

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1232000	CATETER 24 C/DISP SEG - INT / 112595D01/FAB.01/12/23/VAL.30/11/28 C/ 100 UN	90183926	2/40	6108	CV UN	4,0000 400,0000	170,0000 1,7000	680,00	0,00	0,00	0,00		0,00	
307000	CLORETO DE SODIO 20% AMP 10 ML 24E10365D/FAB.01/05/24/VAL.30/04/26	30039099	0/00	6108	CV AP	1,0000 200,0000	100,0000 0,5000	100,00	0,00	100,00	12,00		12,00	
1825800	CURATIVO P/CATETER TRANSP IV 5CMX5,7CM 15F23/FAB.01/06/23/VAL.30/05/28 C/ 100 UN	30051020	2/00	6108	CV UN	3,0000 300,0000	70,0000 0,7000	210,00	0,00	210,00	8,40		4,00	
942500	FITA MICROPORE 50 X 10 C/CAPA 202309/FAB.01/09/23/VAL.30/09/26	30051090	2/00	6108	RL	25,0000	4,3000	107,50	0,00	107,50	4,30		4,00	
1292600	TORNEIRINHA 3 VIAS LUER LOCK 23096/FAB.01/04/23/VAL.30/04/26 C/ 50 UN	84818099	2/00	6108	CV UN	4,0000 200,0000	30,0000 0,6000	120,00	0,00	120,00	4,80		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: BOLETO - #Endereco de entrega: Rua Luiz Martins Cruz n 63 Jardim Lago Azul CEP 13.294-394 Cidade Louveira-SP Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira - Pedido: 589514 - Volume M3: 0,034833 - Rota: 10 - FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS - FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS Email do Destinatário: clsato@ahbb.org.br
Inf. fisco: Produtos Isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/- Valor ICMS UF Destino R\$: 61,25 : 0.034833

RESERVADO AO FISCO

Itaú

Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO

MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECEBI(EMOS) O BLOQUETO

ASSINATURA

AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO

0676/00854

N. DO DOCUMENTO

557553/01

NOSSO NÚMERO

109/00101131

VENCIMENTO

08/08/2024

VALOR DO DOCUMENTO

1.217,50

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO

18/07/2024

Itaú

Banco Itaú S.A.

341-7

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO

MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40

ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO

18/07/2024

NO. DO DOCUMENTO

557553/01

ESPÉCIE DOC.

DM

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

18/07/2024

USO DO BANCO

CIP

CARTEIRA

109

MOEDA

R\$

QUANTIDADE

VALOR

X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO

Após 08/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A, PAGAR SOMENTE NO BANCO

Parcela: 1/01

APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAÚ.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO

APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ

VENCIMENTO

08/08/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

0676/00854-3

CART. / NOSSO NÚMERO

109/00101131-4

1 (=) VALOR DO DOCUMENTO

1.217,50

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARÇA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica

Itaú

Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10113.140676 60085.430001 4 98020000121750

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO

MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40

ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO

18/07/2024

Nº DO DOCUMENTO

557553/01

ESPÉCIE DOC.

DM

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

18/07/2024

USO DO BANCO

CIP

CARTEIRA

109

MOEDA

R\$

QUANTIDADE

VALOR

X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO

Após 08/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A, PAGAR SOMENTE NO BANCO

Parcela: 1/01

APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAÚ.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO

APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ

VENCIMENTO

08/08/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

0676/00854-3

CART. / NOSSO NÚMERO

109/00101131-4

1 (=) VALOR DO DOCUMENTO

1.217,50

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARÇA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.787173 6 98020000204000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.040,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.040,00
Valor Pago (R\$):	2.040,00

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:14:21

Código da operação: 020232426

Chave de segurança: AY10U5U7YJJENES6

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 Jundiá, 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:
001738
Via Única:
Emissão:
11/07/2024

Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

Bairro: Williams

Cidade: Garça

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

IE/RG:

CEP: 17402\1-064

UF: SP **Fone:** (16) 3374-8438 /

Vencimento: 08/08/2024

Dados do Documento

Código:	Descrição:	Quantidade:	Unitário:	Total:
1495	Locação cilindro de oxigenio cap. 10m³ medicinal	3,00	40,00	120,00

Valor Total da Fatura de Cobrança: 120,00

Dados do Documento

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL 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:
001738

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064			
Documento 003765	Vencimento 08/08/2024	Nosso Número 32905220000003787	(=) Valor Documento 2.040,00
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 08/08/2024					
Data do Documento 11/07/2024	Nº Documento 003765	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 11/07/2024	Nosso Número 32905220000003787
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento 2.040,00
Instruções JUROS DE MORA DE R\$5,3 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 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 00003.787173 6 98020000204000	
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento 08/08/2024	
Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1	
Data do Documento 11/07/2024	Nº Documento 003765	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 11/07/2024	Nosso Número 32905220000003787
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento 2.040,00
Instruções JUROS DE MORA DE R\$5,3 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 CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064					

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 30125.094521 24007.710007 9 98020000048895
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	488,95
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	488,95
Valor Pago (R\$):	488,95

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:14:36

Código da operação: 020232649

Chave de segurança: SW4W6QCRTP9WZ2KM

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

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitais LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatui/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFEDocumento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 182.336

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240708231734000193550000001823361002041130

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

135241490452061

11/07/2024 20:20

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Data da Emissão

11/07/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

11/07/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 182.336/1 Valor: 488,95 Vencdo. 08/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
488,95	88,01	0,00	0,00	488,95
Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto / ICMS Desonerado	Outras despesas	Valor do IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				Valor Total da Nota
				488,95

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta 1 - emitente 2 - destinatário	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
FUTURA COM. PROD. MEDICOS HOSP EIRE	9				08.231.734/0001-93
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
RUA DOUTOR GUALTER NUNES N. 100	TATUI	SP	687161985111		
Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
1	CAIXAS			3,500	3,500

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
573326	CATETER INTRAVENOSO 24G AMARELO CX C/100 ABL SAUDE Lote: A2401038 Val. 31/12/2028	90183929	000	5102	CX	5,00 5,00	77,000000 ✓	385,00	385,00	69,30		18,0	
568963	ATADURA CREPE 13F 06CM X 1,8M/4,5M C/12 UND (EMB IND) FORTCLEAN Lote: 13575 Val. 31/07/2026 Lote: 1641A Val. 31/08/2028 Lote: 2751A Val. 31/12/2028	30059090	000	5102	PCT	9,00 2,00 4,00 3,00	4,044000 ✓	36,40	36,40	6,55		18,0	
572484	EQUIPO BURETA 150ML/MICRO/C.FLEX/LOCK/I.LAT/F. AR/ROL C/5 MEDIX Lote: 20230402 Val. 30/03/2028	90189010	000	5102	PCT	2,00 2,00	22,555000 ✓	45,11	45,11	8,12		18,0	
574198	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL SEM VALVULA Nº 08 C/05 UND MEDSONDA Lote: 76188 Val. 31/05/2028	90183929	000	5102	PCT	4,00 4,00	2,845000 ✓	11,38	11,38	2,05		18,0	
574199	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL SEM VALVULA Nº 10 C/05 UND MEDSONDA Lote: 75636 Val. 09/04/2028	90183929	000	5102	PCT	4,00 4,00	2,765000 ✓	11,06	11,06	1,99		18,0	

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado	NF-e No. 182.336
--	---------------------

Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	SÉRIE: 0
---------------------	---	----------

FUTURA www.futuramedicamentos.com.br Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira Cep: 19271-210 Tatuí/SP Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787 DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 No. 182.336 SÉRIE: 0 Página 2 de 2  Chave de Acesso da NF-e 35240708231734000193550000001823361002041130 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 135241490452061 11/07/2024 20:20

Natureza da Operação
VENDA

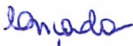
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Subst. Tributário	CNPJ
687.161.985.111		08.231.734/0001-93

Local de entrega: RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS 70 WILLIAMS 17400-000 GARÇA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal	Valor Total dos Serviços	Base de Cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares N/P.206.769  PEDIDO 353891506.1 - CONTRATO DE GESTÃO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	Reservado ao FISCO
--	--------------------

**Itaú Banco Itaú S/A | 341-7****RECIBO DO SACADO**

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 08/08/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 182336/1	Nosso Número 109/00301250-9
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 488,95	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93 END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUÍ/SP				

**Itaú Banco Itaú S/A | 341-7****34191.09008 30125.094521 24007.710007 9 98020000048895**

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 08/08/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 11/07/2024	Número do Documento 182336/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 11/07/2024	Nosso Número 109/00301250-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 488,95
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,15 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 9,78 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-)Descontos/Abatimentos
					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
					(=)Valor
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP					





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.848173 9 98070000096000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	13/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	960,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	960,00
Valor Pago (R\$):	960,00

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:31:57

Código da operação: 020238163

Chave de segurança: UK2MGUVQSAWT9W5Z

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 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	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
003826	13/08/2024	32905220000003848	960,00

Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ				Agência/Código Beneficiário		Vencimento	
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				09895-7/000000000473-1		13/08/2024	
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
24/07/2024	003826	DM	N	24/07/2024	32905220000003848		
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento		
	17-19	R\$			960,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$2,5 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



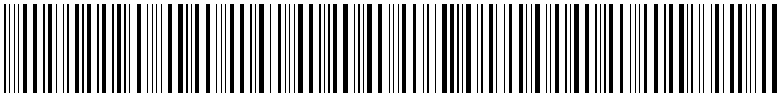
001-9

00190.00009 03290.522006 00003.848173 9 98070000096000

Local de Pagamento					Vencimento		
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					13/08/2024		
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário		
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1		
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
24/07/2024	003826	DM	N	24/07/2024	32905220000003848		
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento		
	17-19	R\$			960,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$2,5 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





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	19790.00005 55334.752494 70701.632989 7 98040000015820
Instituição Emissora - Nome do Banco:	STONE PAGAMENTOS S.A.
Código do Banco:	197
Código do ISPB:	16501555
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	NOVA SOLLARE
Nome/Razão Social:	DROGARIA NOVA SOLLARE
CPF/CNPJ:	11.936.808/0001-00
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	10/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	158,20
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	158,20
Valor Pago (R\$):	158,20

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:31:41

Código da operação: 020237736

Chave de segurança: 7HCA4AYPKCUIYJG8H
--

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

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		NF-e	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		Número: 174
			Série: 1
			Pag. 1/1

DROGARIA NOVA SOLLARE - ME AVENIDA PAULO PRADO,201 - JARDIM LAGO AZUL LOUVEIRA / SP - CEP:13290-000 Tel.: 38485258	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA 1 Nº.174 Série: 1	 CHAVE DE ACESSO 3524.0711.9368.0800.0100.5500.1000.0001.7410.0000.1758 Consulta de autenticidade no portal da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO F		Protocolo de Autorização de Uso 135241640741248 30/07/2024 - 14:39:04
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421034877117	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 11.936.808/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO RUA LUIS MARTINS CRUZ	DATA DA EMISSÃO 30/07/2024
MUNICÍPIO LOUVEIRA	DATA DA SAÍDA 30/07/2024
UF SP	HORA DA SAÍDA 14:38:53
TELEFONE / FAX 38483554	INSCRIÇÃO ESTADUAL

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0.00	VALOR DO ICMS 0.00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0.00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0.00
V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 162.89
VALOR DO FRETE 0.00	VALOR DO SEGURO
DESCONTO 4.69	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0.00
VALOR DO IPI 0.00	VALOR TOTAL DA NOTA 158.20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	
NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9 - Sem Frete
ENDEREÇO	CÓDIGO ANTT
	PLACA DO VEÍCULO
	UF
	CNPJ / CPF
	MUNICÍPIO
	UF
	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	FABRICANTE	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS
27244	LOSARTANA POTASSICA 50MG C/30 COMP FCI 1B97A4B6-911B-4DF3-A860-393087DFA072	NEO QUIMIC	00000000	5400	5929	UN	1	9,29	4,29	5,00	0,00	0,00	0,00	0%
70680	SUCC METOPR 25MG 30 CPR REV BIO-GEN	DIVERSOS	00000000	2400	5929	UN	1	24,40	0,40	24,00	0,00	0,00	0,00	0%
70438	FRD GER PLENITUD PLUS G-XG2X16 FCI 194A7654-C273-4FF5-95E3-91160A451354	DIVERSOS	00000000	5400	5929	UN	2	55,90	0,00	111,80	0,00	0,00	0,00	0%
20295	TOUCA DESCARTAVEL UN	DIVERSOS	00000000	0400	5929	UN	29	0,60	0,00	17,40	0,00	0,00	0,00	0%

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
SAT-CFe Mod.59 - Numero de Serie CFe: SAT001122179 35240711936808000100590011221790842989678112, 35240711936808000100590011221790855148298924, 35240711936808000100590011221790861188960908, NF. Ref.:35240711936808000100590011221790842989678112'	chave de acesso :
Pag.1/1	

DROGARIA SOLLARE
DROGARIA NOVA SOLLARE - ME
AVENIDA PAULO PRADO, 201-JARDIM LAGO AZUL -
LOUVEIRA - 38485258

CNPJ 11936808000100 IE 421034877117

CPF/CNPJ do Consumidor:

Extrato Nº 086118

CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

Código	Descrição	Qtde	R\$ Unit	(D+A)	VI.TrR\$	R\$ Total
70438	FRD GER PLENITUD PLUS G-XG2X16					
2uni		55,90		(15,04)		111,80
20.295	TOUCA DESCARTAVEL UN					
29uni		0,60		(2,34)		17,40
SubTotal R\$						129.20
Descontos R\$						0.00
Acrescimos R\$						0.00
TOTAL R\$						129.20
N.Venda: 88716						
A Prazo						129,20

Atendente: 24 - ANA BEATRIZ

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

Area de Mensagem ao Fisco
Cliente: 9251 - HOSPITAL SANTO ANTONIO

Ass:

(Afirmando ter recebido mercadorias)

Tot. débitos pendentes: 29.00

OBRIGADO

VOLTE SEMPRE

FONE: (19) 3848-5258

Dados da Entrega:
HOSPITAL SANTO ANTONIO

Valor aproximado dos tributos 17.38

SAT Nº 001122179

27/07/2024 09:51:49

3524.0711.9368.0800.0100.5900.1122.1790.8611.8896.0908





DROGARIA SOLLARE

Modelo: 3 Série: 2 SubSérie: 37 Data: 30/07/2024 Número Nota Fiscal: 9789920333

Descrição	Qtde	Desc	Preço	Total	Pago	Total
LOSARTANA POTASSICA 50MG C/30 COMP	1	0.00%	9,29	9,29	0,00	9,29
DESCONTO	1	0.00%	-4,29	-4,29	0,00	-4,29
SUCC METOPR 25MG 30 CPR REV BIO-GENÉRICO	1	0.00%	24,40	24,40	0,00	24,40
DESCONTO	1	0.00%	-0,40	-0,40	0,00	-0,40
FRD CER PLENITUD PLUS G-XG2X16	2	0.00%	55,90	111,80	0,00	111,80
TOUCA DESCARTAVEL UN	29	0.00%	0,60	17,40	0,00	17,40
	0	0.00%	0,00	0,00	0,00	0,00

SYSFAR

HOSPITAL SANTO ANTONIO

Totalizadores

Subtotal	158,20
Desconto	0,00
Acréscimo	0,00
Total	158,20
Troco	0,00

A Vista

Pagamento Digital

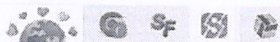
Cartão

Cheque

Ativar o Windows

Ativar o Windows

Pesquisar



Registro: 1697

R.14.17.1

MYSQL

Baixão

PCB 11:01
PTB2 30/07/2024

stone		197-1	19790.00005 55334.752494 70701.632989 7 98040000015820			
Local de Pagamento					Data de Vencimento	
Stone Instituição de Pagamento S.A. - Pague em qualquer instituição autorizada.					10/08/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço:					Agência/Código Beneficiário	
DROGARIA NOVA SOLLARE					0001 / 705694-8	
Data do Documento		Num. do Documento	Espécie doc	Aceite	Data Processamento	Carteira/Nosso Número
31/07/2024		1		N	31/07/2024	55334752497070163298
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda		Valor Moeda	(=) Valor do Documento
	001	R\$				R\$ 158,20
Instruções O pagamento é processado em até 3 dias úteis. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador: ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE DO BRASIL					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Endereço: Rua Luíz Martins Cruz, 63, Jardim Lago Azul II, 13294394, Louveira/São Paulo						
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	

stone		197-1	19790.00005 55334.752494 70701.632989 7 98040000015820			
Local de Pagamento					Data de Vencimento	
Stone Instituição de Pagamento S.A. - Pague em qualquer instituição autorizada.					10/08/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço:					Agência/Código Beneficiário	
DROGARIA NOVA SOLLARE					0001 / 705694-8	
Data do Documento		Num. do Documento	Espécie doc	Aceite	Data Processamento	Carteira/Nosso Número
31/07/2024		1		N	31/07/2024	55334752497070163298
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda		Valor Moeda	(=) Valor do Documento
	001	R\$				R\$ 158,20
Instruções O pagamento é processado em até 3 dias úteis. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador: ASSOCIAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE DO BRASIL					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Endereço: Rua Luíz Martins Cruz, 63, Jardim Lago Azul II, 13294394, Louveira/São Paulo						
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.826179 3 98030000096000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	09/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	960,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	960,00
Valor Pago (R\$):	960,00

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:31:16

Código da operação: 020237481

Chave de segurança: FSFU91JE7R3W7S7K

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 DE GASES E EQUIP LTDA		Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica			
		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.012.619 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		3524 0737 8340 1200 0121 5500 1000 0126 1910 0014 6790	
AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775		CEP 13.222-760 Email administrativo@essencialox.com.br		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DO OPERAÇÃO VENDA				DADOS DA NF-e Protocolo: 135241552545748 Data: 19/07/2024 07:54	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 712168965111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 37.834.012/0001-21	
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		DATA DA EMISSÃO 19/07/2024	
MUNICÍPIO GARÇA		FONE (16) 3374-8438		CEP 17.402-064	
		UF SP		DATA SAÍDA / ENTRADA 19/07/2024	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA SAÍDA 07:53:48	
FATURA / DUPLICATA 001 - 960,00 - 09/08/2024					

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
003804Vencimento
09/08/2024Nosso Número
32905220000003826(=) Valor Documento
960,00

Comprovante de Entrega

____ / ____ / ____



BANCO DO BRASIL

001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ				Agência/Código Beneficiário		Vencimento	
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				09895-7/000000000473-1		09/08/2024	
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
19/07/2024	003804	DM	N	19/07/2024	32905220000003826		
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento		
	17-19	R\$			960,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$2,5 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



BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 03290.522006 00003.826179 3 98030000096000

Local de Pagamento					Vencimento		
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					09/08/2024		
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário		
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1		
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
19/07/2024	003804	DM	N	19/07/2024	32905220000003826		
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento		
	17-19	R\$			960,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$2,5 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





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01249.150135 65530.470007 5 98080000077950
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	14/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	779,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	779,50
Valor Pago (R\$):	779,50

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:32:12

Código da operação: 020238322
Chave de segurança: 1FKF7KJFVX48GK9X

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

COMERCIAL RUZALEM LTDA

AV. INDEPENDENCIA, 4830
santa rosa
VINHEDO - SP
CEP: 13289-152
Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 103.757
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

1

CHAVE DE ACESSO
3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1037 5719 6277 6630

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 ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241538902463 17/07/2024 17:11:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL
714090927111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
05.626.896/0001-32

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB 00007381

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
17/07/2024

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA SAÍDA
17/07/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX
(19)3848-3554

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
17:11:32

LOCAL ENTREGA

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP

DUPLICATAS

Número 001

Vencimento 14/08/2024

Valor R\$ 779,50

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00		0,00	0,00	0,00	779,50
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	779,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
10

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	IPI
01183	COPO 050 ML FONPLAST BRANCO C/100 ABNT INMETRO (CX50) 4673	39241000	060	5405	PC	50,00	2,40	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11005	COPO 180 ML FONPLAST PS BRANCO C/100 (CX25) 4164	39241000	060	5405	PC	100,00	4,10	410,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06915	PAPEL HIG ROLAO 100% 8 ROLOS MAXPEL REF180	48181000	060	5405	FD	5,00	49,90	249,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: 002 - LAINE
Cond.Pag: 01028 - BOLETO
PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010275-PD
CONTRATO DE GESTÃO 001-2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 80,92 Federal / R\$ 125,34 Estadual - Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

 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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 14/08/2024
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 17/07/2024	Nº do Documento 000000103757A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 17/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012491-5	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 779,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.57 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 15,59 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000103757A-NF						(-) Desconto/Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:						(=) Valor Cobrado
						109/00012491-5
						Autenticação

 Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 01249.150135 65530.470007 5 98080000077950				
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 14/08/2024
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 17/07/2024	Nº do Documento 000000103757A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 17/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012491-5	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 779,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.57 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 15,59 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000103757A-NF						(-) Desconto/Abatimento
						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:						(=) Valor Cobrado
						109/00012491-5
						Autenticação mecânica / Ficha de Compensação





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01249.070135 65530.470007 9 98080000059700
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	14/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	597,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	597,00
Valor Pago (R\$):	597,00

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:32:33

Código da operação: 020238504

Chave de segurança: U7Q1TK7FEEH82M1J

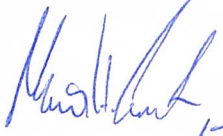
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

COMERCIAL RUZALEM LTDA  AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 103.756 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1037 5612 2554 0742 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora									
NATUREZA DA OPERAÇÃO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO									
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE				135241538894051 17/07/2024 17:11:01									
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ									
714090927111				05.626.896/0001-32									
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF									
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB 00007381				45.349.461/0001-02									
ENDEREÇO				DATA DA EMISSÃO									
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				17/07/2024									
BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA DA SAÍDA									
WILLIAMS		17402-064		17/07/2024									
MUNICÍPIO		UF		HORA DA SAÍDA									
GARÇA		SP		17:10:58									
TELEFONE / FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
(19)3848-3554													
LOCAL ENTREGA													
CNPJ / CPF		ENDEREÇO											
45.349.461/0001-02		RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP											
DUPLICATAS													
Número		001											
Vencimento		14/08/2024											
Valor		R\$ 597,00											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.									
0,00		0,00		0,00									
VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS											
0,00		597,00											
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO IPI									
0,00		0,00		0,00									
DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DA NOTA									
0,00		0,00		597,00									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT									
		0 - EMITENTE											
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		PLACA DO VEÍCULO									
				UF									
QUANTIDADE		ESPÉCIE		INSCRIÇÃO ESTADUAL									
2													
MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO									
				PESO LÍQUIDO									
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
00018	FOLHA SULFITE A4 C/500 MP OFICCE 75GR	48025610	060	5405	UN	20,00	29,85	597,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
 17/07													
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES													
Vendedor: 002 - LAINE													
Cond.Pag: 01028 - BOLETO													
PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010274-PD													
CONTRATO DE GESTÃO 001-2024 PREFEITURA													
PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA													
Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 108,71 Federal / R\$ 71,64 Estadual - Fonte: IBPT													



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.31910 01027.203502 00086.390010 4 98090000032420
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA ME
Nome/Razão Social:	C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA ME
CPF/CNPJ:	07.552.353/0001-43
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	15/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	324,20
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	324,20
Valor Pago (R\$):	324,20

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:33:17

Código da operação: 020238911

Chave de segurança: 9VX4NS2M4PL8TFJC

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

RECEBEMOS DE CAJ MATERIAIS ELETRICOS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 1475 SÉRIE: 1										
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 1475 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 2										
		 CHAVE DE ACESSO 35240707552353000143550010000014751550422354 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 135241651713420										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421081341111		INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA CNPJ 07552353000143										
DESTINATÁRIO/REMETENTE												
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ		CNPJ 45349461000102										
ENDEREÇO Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 -		BAIRRO/DISTRITO Williams										
MUNICÍPIO GARÇA		CEP 17402064										
FONE/FAX - 1938483554		UF SP										
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 00:00:00										
FATURA/DUPPLICATA												
Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor Número Data Vcto. Valor 84653/1 15/08/2024 324,20												
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 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 DOS PRODUTOS 324,20		VALOR TOTAL DA NOTA 324,20										
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
272	Fio Telefone Cci 2 Pares Conduitti Cinza	85444900	0500	5405	UN	20,000	0,9000	18,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
457	PILHA BATERIA 23AE 12V FLEX	85072010	0102	5102	UN	2,0000	4,5000	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
1039	COTOVELO 90 SISTEMA X BCO	39259090	0500	5405	UN	5,0000	1,3000	6,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
2573	CANALETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA DUPLA FACE	39162000	0500	5405	UN	2,0000	7,9000	15,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
2573	CANALETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA DUPLA FACE	39162000	0500	5405	UN	5,0000	7,9000	39,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
3766	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM AZUL COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	8,0000	2,3500	18,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
3768	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM VERDE COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	8,0000	2,3500	18,80	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
3800	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM PRETO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	10,000	2,3500	23,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
4181	CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	4,0000	5,1000	20,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
4181	CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	4,0000	5,1000	20,40	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
5780	PLUGUE MACHO 2PT 10A 250V BRANCO INJECT	85369090	0500	5405	UN	1,0000	4,0000	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
5897	PLUGUE BRANCO 2P 10A PLD1-2 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	2,0000	3,5000	7,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
6285	TOMADA DESMONTAVEL 2PT 10A BCO TMD1-3 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	1,0000	4,5000	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
6285	TOMADA DESMONTAVEL 2PT 10A BCO TMD1-3 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	2,0000	4,5000	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
7382	PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	2,0000	7,5000	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
7383	MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	1,0000	7,9000	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
7476	MODULO PRO TOMADA 20A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	2,0000	7,6000	15,20	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
7738	CAIXA PLACA P/ 1 MODULO INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	1,0000	6,9000	6,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
10648	BROCA P/ CONCRETO DIN8039 10X120MM WURTH	82075019	0500	5405	UN	1,0000	17,5000	17,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
11111	CAMPINHA S/ FIO BIV PLUG ULTRA	85318000	0500	5405	UN	1,0000	46,5000	46,50	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 38.93 Federal, 62.26 Estadual, 0.00 Municipal, Fonte IBPT/empresometro.com.br 20.2.C CONTRATO DE GESTÃO 001 - 2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

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 Cadastro: 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: 167499

Funcionário: Administrador

Terminal: 003

Data: 26/07/2024 às 09:49:55 - Pagina 1

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

8716-FIO TELEFONE CCI 2 PARES CONDUTTI CINZA	20	0,90	18,00
--	----	------	-------

Soma do pedido	18,00
----------------	-------

Convênio	324,20
----------	--------

Valor Acumulado

Data de Vencimento da Venda: 25/08/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 20

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGAÇÃO -
- SEM VALOR FISCAL -

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 Cadastro: 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: 167495

Funcionário: Rosiméri de Souza João

Terminal: 004

Data: 26/07/2024 às 09:17:11 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
3948-TOMADA DESMONTAVEL 2P+T 10A BCO TMD1-3			
MARGIRIUS	2	4,50	9,00
3559-PLUGUE BRANCO 2P 10A PLD1-2			
MARGIRIUS	2	3,50	7,00
1844-CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECO			
M	4	5,10	20,40
Soma do pedido			36,40
Convênio			36,40
Valor Acumulado			306,20

Data de Vencimento da Venda: 25/08/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 8

-----SanfSystem-----
| (11)4493-6100 - www.sanfsystem.com.br |
| WhatsApp: (11)4493-6100 |

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

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 Cadastro: 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: 167344

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 23/07/2024 às 14:36:14 - Pagina: 1

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

COTOVELO 90° SISTEMA X BCO TRAMO	5	1,30	6,50
----------------------------------	---	------	------

NTINA			
-------	--	--	--

BROCA P/ CONCRETO DIN8039 10X120	1	17,50	17,50
----------------------------------	---	-------	-------

MM WURTH			
----------	--	--	--

Soma do pedido			24,00
----------------	--	--	-------

Convênio			24,00
Valor Acumulado			269,60

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 6

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

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) 3843 4513

E-Mail: cajmaterialetricos vend
as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 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: 1938483532

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

Numero do pedido: 167323

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 23/07/2024 às 10:30:04 - Pagina: 1

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

CANALETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA	5	7,90	39,50
---	---	------	-------

DUPLA FACE	2	7,60	15,20
------------	---	------	-------

MODULO PRO TOMADA 20A INOVA PRO	2	7,50	15,00
---------------------------------	---	------	-------

ALUMBRA	2	7,50	15,00
---------	---	------	-------

PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO	2	7,50	15,00
----------------------------------	---	------	-------

ALUMBRA	2	7,50	15,00
---------	---	------	-------

Soma do pedido			69,70
----------------	--	--	-------

Convênio			69,70
----------	--	--	-------

Valor Acumulado			245,80
-----------------	--	--	--------

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 9

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

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 Cadastro: 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: 167131
Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 18/07/2024 às 10:11:43 - Pagina: 1

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

CABO FLEXIVEL DE 2.5MM VERDE COB	8	2,35	18,80
RECOM			

CABO FLEXIVEL DE 2.5MM AZUL COBR	8	2,35	18,80
ECOM			

Soma do pedido			37,60
Convênio			37,60
Valor Acumulado			176,10

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 16

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

CAJ Soc CAJ MATERIAIS ELETRICOS L

DA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848 4513

E-Mail: cajmaterialetricos.vend

as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 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: compra@louveira.ahbb.org

br

Numero do pedido: 167104

Funcionario: Balcão

Terminal: 005

Data: 17/07/2024 às 15:42:38 - Pagina: 1

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

CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO

COBRECOM	4	5,10	20,40
----------	---	------	-------

TOMADA DESMONTAVEL 2P+T 10A BCO TMD1-3 MARGI

RIUS	1	4,50	4,50
------	---	------	------

PLUGUE MACHO 2P+T 10A 250V BRANCO

O INJECT	1	4,00	4,00
----------	---	------	------

CANILETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA

DUPLA FACE	2	7,90	15,80
------------	---	------	-------

MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO

ALUMBRA	1	7,90	7,90
---------	---	------	------

CAIXA+PLACA P/ 1 MODULO INOVA PR

O ALUMBRA	1	6,90	6,90
-----------	---	------	------

CABO FLEXIVEL DE 2.5MM PRETO COB

RECOM	10	2,35	23,50
-------	----	------	-------

CAMPINHA S/ FIO C/ PLUG ULTRA

	2	46,50	93,00
--	---	-------	-------

PILHA BATERIA 23AE 12V FLEX

	2	4,50	9,00
--	---	------	------

Soma do pedido 185,00

Convênio 185,00

Valor Acumulado 185,00

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 24

SantSystem

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

WhatsApp: (11)4493-6100 |

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -

- SEM VALOR FISCAL -



Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME SÃO CARLOS 422 - DE 163/164 AO FIM JARDIM LAGO AZUL II Louveira - SP	07.552.353/0001-43 13294-386	Vencimento 15/08/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento	Valor do Documento 324,20 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 16/08/2024 Juros 0,03%/dia A partir 16/08/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto.		Data de Emissão 31/07/2024 Coop Contr/Cód. Beneficiário 3191/272035 Nosso Número 863-9	(=) Valor cobrado

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		Número do Documento 1.475	
Endereço RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50			
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

75691.31910 01027.203502 00086.390010 4 98090000032420

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 15/08/2024
Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME 07.552.353/0001-43					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3191/272035
Data do documento 31/07/2024	N. documento 1.475	Espécie DMI	Accite N	Data processamento 31/07/2024	Nosso número 863-9
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 324,20
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 16/08/2024 Juros 0,03%/dia A partir 16/08/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3191 SICOOB COOPLIVRE					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 WILLIAMS GARÇA - SP 45.349.461/0001-02 17402-064					(+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado
Beneficiário Final					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.31910 01027.203502 00086.390010 4 98090000032420
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA ME
Nome/Razão Social:	C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA ME
CPF/CNPJ:	07.552.353/0001-43
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	15/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	324,20
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	324,20
Valor Pago (R\$):	324,20

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:33:17

Código da operação: 020238911

Chave de segurança: 9VX4NS2M4PL8TFJC

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

RECEBEMOS DE CAJ MATERIAIS ELETRICOS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 1475

SÉRIE: 1

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 1475

SÉRIE: 1

FOLHA: 1 de 2

CHAVE DE ACESSO

35240707552353000143550010000014751550422354

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

421081341111

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA

CNPJ

07552353000143

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241651713420

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ

CNPJ

45349461000102

DATA DA EMISSÃO

31/07/24 00:00

ENDEREÇO

Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 -

BAIRRO/DISTRITO

Williams

CEP

17402064

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

31/07/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE/FAX

- 1938483554

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

00:00:00

FATURA/DUPPLICATA

Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor
84653/1	15/08/2024	324,20															

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	324,20	
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	324,20

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem frete				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volume	Diversos	01	0,00	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	ALÍQUOTAS IPI
272	Fio Telefone Cci 2 Pares Conduitti Cinza	85444900	0500	5405	UN	20,000	0,9000	18,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
457	PILHA BATERIA 23AE 12V FLEX	85072010	0102	5102	UN	2,0000	4,5000	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1039	COTOVELO 90 SISTEMA X BCO	39259090	0500	5405	UN	5,0000	1,3000	6,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2573	CANALETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA DUPLA FACE	39162000	0500	5405	UN	2,0000	7,9000	15,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2573	CANALETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA DUPLA FACE	39162000	0500	5405	UN	5,0000	7,9000	39,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3766	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM AZUL COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	8,0000	2,3500	18,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3768	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM VERDE COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	8,0000	2,3500	18,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3800	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM PRETO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	10,000	2,3500	23,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4181	CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	4,0000	5,1000	20,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4181	CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	4,0000	5,1000	20,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5780	PLUGUE MACHO 2PT 10A 250V BRANCO INJECT	85369090	0500	5405	UN	1,0000	4,0000	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5897	PLUGUE BRANCO 2P 10A PLD1-2 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	2,0000	3,5000	7,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6285	TOMADA DESMONTAVEL 2PT 10A BCO TMD1-3 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	1,0000	4,5000	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6285	TOMADA DESMONTAVEL 2PT 10A BCO TMD1-3 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	2,0000	4,5000	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7382	PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	2,0000	7,5000	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7383	MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	1,0000	7,9000	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7476	MODULO PRO TOMADA 20A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	2,0000	7,6000	15,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7738	CAIXA PLACA P/ 1 MODULO INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	1,0000	6,9000	6,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10648	BROCA P/ CONCRETO DIN8039 10X120MM WURTH	82075019	0500	5405	UN	1,0000	17,5000	17,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11111	CAMPINHA S/ FIO BIV PLUG ULTRA	85318000	0500	5405	UN	1,0000	46,5000	46,50	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 38.93 Federal, 62.26 Estadual, 0.00 Municipal, Fonte IBPT/empresometro.com.br 20.2.C CONTRATO DE GESTÃO 001 - 2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

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 Cadastro: 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: 167499

Funcionário: Administrador

Terminal: 003

Data: 26/07/2024 às 09:49:55 - Pagina 1

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

8716-FIO TELEFONE CCI 2 PARES CONDUTTI CINZA	20	0 90	18,00
--	----	------	-------

Soma do pedido	18,00
----------------	-------

Convênio	324,20
----------	--------

Valor Acumulado

Data de Vencimento da Venda: 25/08/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 20

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

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 Cadastro: 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: 167495

Funcionário: Rosiméri de Souza João

Terminal: 004

Data: 26/07/2024 às 09:17:11 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
3948-TOMADA DESMONTAVEL 2P+T 10A BCO TMD1-3			
MARGIRIUS	2	4,50	9,00
3559-PLUGUE BRANCO 2P 10A PLD1-2			
MARGIRIUS	2	3,50	7,00
1844-CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECO			
M	4	5,10	20,40
Soma do pedido			36,40
Convênio			36,40
Valor Acumulado			306,20

Data de Vencimento da Venda: 25/08/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 8

-----SanfSystem-----
| (11)4493-6100 - www.sanfsystem.com.br |
WhatsApp: (11)4493-6100

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

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 Cadastro: 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: 167344

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 23/07/2024 às 14:36:14 - Pagina: 1

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

COTOVELO 90° SISTEMA X BCO TRAMO	5	1,30	6,50
----------------------------------	---	------	------

NTINA			
-------	--	--	--

BROCA P/ CONCRETO DIN8039 10X120	1	17,50	17,50
----------------------------------	---	-------	-------

MM WURTH			
----------	--	--	--

Soma do pedido			24,00
----------------	--	--	-------

Convênio			24,00
Valor Acumulado			269,60

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 6

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

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) 3843 4513

E-Mail: cajmateriaiseletricos vend
as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 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: 1938483532

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

Numero do pedido: 167323

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 23/07/2024 às 10:30:04 - Pagina: 1

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

CANALETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA	5	7,90	39,50
---	---	------	-------

DUPLA FACE	2	7,60	15,20
------------	---	------	-------

MODULO PRO TOMADA 20A INOVA PRO	2	7,50	15,00
---------------------------------	---	------	-------

ALUMBRA	2	7,50	15,00
---------	---	------	-------

PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO	2	7,50	15,00
----------------------------------	---	------	-------

ALUMBRA	2	7,50	15,00
---------	---	------	-------

Soma do pedido			69,70
Convênio			69,70
Valor Acumulado			245,80

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 9

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGAÇÃO -
- SEM VALOR FISCAL -

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 Cadastro: 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: 167131
Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 18/07/2024 às 10:11:43 - Pagina: 1

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

CABO FLEXIVEL DE 2.5MM VERDE COB	8	2,35	18,80
RECOM			

CABO FLEXIVEL DE 2.5MM AZUL COBR	8	2,35	18,80
ECOM			

Soma do pedido	37,60
Convênio	37,60
Valor Acumulado	176,10

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 16

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

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -
- SEM VALOR FISCAL -

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

CAJ Soc CAJ MATERIAIS ELETRICOS L

DA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848 4513

E-Mail: cajmaterialetricos.vend

as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 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: compra@louveira.ahbb.org

br

Numero do pedido: 167104

Funcionario: Balcão

Terminal: 005

Data: 17/07/2024 às 15:42:38 - Pagina: 1

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

CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO

COBRECOM	4	5,10	20,40
----------	---	------	-------

TOMADA DESMONTAVEL 2P+T 10A BCO TMD1-3 MARGI

RIUS	1	4,50	4,50
------	---	------	------

PLUGUE MACHO 2P+T 10A 250V BRANCO

O INJECT	1	4,00	4,00
----------	---	------	------

CANILETA ALUMBRA BRANCA SIENA FACIL C/ FITA

DUPLA FACE	2	7,90	15,80
------------	---	------	-------

MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO

ALUMBRA	1	7,90	7,90
---------	---	------	------

CAIXA+PLACA P/ 1 MODULO INOVA PR

O ALUMBRA	1	6,90	6,90
-----------	---	------	------

CABO FLEXIVEL DE 2.5MM PRETO COB

RECOM	10	2,35	23,50
-------	----	------	-------

CAMPINHA S/ FIO C/ PLUG ULTRA

	2	46,50	93,00
--	---	-------	-------

PILHA BATERIA 23AE 12V FLEX

	2	4,50	9,00
--	---	------	------

Soma do pedido 185,00

Convênio 185,00

Valor Acumulado 185,00

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 24

SantSystem

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

WhatsApp: (11)4493-6100 |

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGACAO -

- SEM VALOR FISCAL -



Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME SÃO CARLOS 422 - DE 163/164 AO FIM JARDIM LAGO AZUL II Louveira - SP	07.552.353/0001-43 13294-386	Vencimento 15/08/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento	Valor do Documento 324,20 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 16/08/2024 Juros 0,03%/dia A partir 16/08/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto.		Data de Emissão 31/07/2024 Coop Contr/Cód. Beneficiário 3191/272035 Nosso Número 863-9	(=) Valor cobrado

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		Número do Documento 1.475	
Endereço RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50			
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

75691.31910 01027.203502 00086.390010 4 98090000032420

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 15/08/2024
Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME 07.552.353/0001-43					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3191/272035
Data do documento 31/07/2024	N. documento 1.475	Espécie DMI	Accite N	Data processamento 31/07/2024	Nosso número 863-9
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 324,20
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 16/08/2024 Juros 0,03%/dia A partir 16/08/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3191 SICOOB COOPLIVRE					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 WILLIAMS GARÇA - SP 45.349.461/0001-02 17402-064					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Beneficiário Final					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000419 14649.201044 8 98020000066625
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	666,25
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	666,25
Valor Pago (R\$):	666,25

Data/hora da operação:	07/08/2024 17:33:36
------------------------	---------------------

Código da operação:	020239667
Chave de segurança:	Y3TPAUZTWAFWKUPV

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

ATIVA LOGÍSTICA ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA PREF OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730 LOTEAMENTO PARATY - FONE: (31)3390-2168 POUSO ALEGRE -MG -CEP: 37561-110 www.ativalog.com.br CNPJ 01.125.797/0005-40 IE 5250929840006 RNTC 01201936		DACTE Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico AUTORIZAÇÃO 11/07/24 16:57 FL 1/1	
TIPO DO CT-E NORMAL TIPO DO SERVIÇO NORMAL CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 6353 Transp a est comercial		SÉRIE 8 NÚMERO 001335343 MODAL RODOVIÁRIO MODELO 57 Nº PROTOCOLO 131242478758214	
ORIGEM DA PRESTAÇÃO CAMBUI/MG DESTINO DA PRESTAÇÃO LOUVEIRA/SP EMITIDO POR juliel		CONTROLE DO FISCO Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br 31.2407.01.125.797/0005-40-57-008-001.335.343-130.264.278-1	
REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA END RUA PROJETADA SN ITAIM MUN CAMBUI - MG CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 CEP 37600-000 FONE (11)40532222		COMPONENTES DO FRETE (R\$) FRETE PESO 32,98 FRETE VALOR 1,43 DESPACHO 14,12 GRIS 4,98 PEDAGIO 6,66 TSO 4,90	
DESTINATARIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA END AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 585 MIRANDOPOLIS MUN MIRANDOPOLIS - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE CEP 16800-000 FONE (18)36591243		MERCADORIA PROD PREDOMIN HYPOCAINA 2 C/V ESPECIE CAIXAS VALOR MERCADORIA (R\$) 666,25 QTDE PARES/VOLUMES 0 CUBAG(m3)/PESO (Kg) 0,0200 10,130 PESO CÁLCULO (Kg) 10,130	
EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA END RUA PROJETADA SN ITAIM MUN CAMBUI - MG CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 CEP 37600-000 FONE (11)40532222		ICMS (R\$) SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA ISENCAO BASE CÁLCULO 0,00 ALIQ DIFAL/ICMS(%) 0,00 VALOR ICMS 0,00 DIFAL ICMS ORIG/DEST 0,00 CRED PRES/ICMS ST 0,00	
RECEBEDOR/LOC ENTREGA HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA END RUA LUIS MARTINS CRUZ N 63 MUN LOUVEIRA - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE CEP 13290-001 FONE (18)36591243		FRETE TOTAL (R\$) 65,07 VALOR A RECEBER (R\$) 65,07	
TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA END RUA PROJETADA SN ITAIM MUN CAMBUI - MG CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 CEP 37600-000 FONE (11)40532222		OBSERVAÇÕES CST: 40 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - ISENTA CONF. ITEM 162 DO ANEXO X DECR. 48. 589/2023. - TABELA: COMBINADA C04961129 - ROTA: PLZI/CPQR - TARIF: 020 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: JULIEL NEVES DE JESUS - N PEDIDO: R6PIV2 749914. - Tratamento de dados pessoais pode ser d ado para execução de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - EN TREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR..	
DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$ ICMS/ISS: 0,00 PIS: 0,96 COFINS: 4,44 TOTAL: 5,40 CHAVES NF-E/CT-E NF-E: 31240711206099000107550010007812291017047903		PIX	
PLACA COLETA PA00001 TOMADOR REMET COBRAR A PRAZO PREV.ENTREGA 12/07/24 NR 00140899365349 - 00140899365650		TENTATIVAS DE ENTREGA 1* __/__/__-__:__ 2* __/__/__-__:__ 3* __/__/__-__:__	
DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA ☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____ ☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____		CBI 872694-9 CPQ / 09	
NOME COMPLETO - LEGÍVEL		RG/CPF	DATA/HORA
ASSINATURA/CARIMBO			

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Rua Projetada, s/n - Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 781229
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3124 0711 2060 9900 0107 5500 1000 7812 2910 1704 7903

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 a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131246063374602 11/07/2024 16:05:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
11/07/2024

ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAIDA

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 08/08/2024 666,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
666,25	79,95	0,00	0,00	666,25
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				666,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	MUNICÍPIO POUSO ALEGRE	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 10,13	PESO LÍQUIDO 10,13

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
12046	HYPOCAINA 2% C/V 25FAM 20ML-HYPOFARMA LT 24051127 (4) 05/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24051127, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/05/- 2024, Data Val: 31/05/2026)	30039053	000	6108	CX	4	134,0000	536,00	536,00	64,32	0,00	12,00	0,00
35555	CAPTOPRIL 25MG 500CP HOSP GEN-CIMED LT 24- 07595 (1) 03/2026 (Fornecedor: 1666, Lote: 2407595, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/2026)	30039099	000	6108	CX	1	14,2500	14,25	14,25	1,71	0,00	12,00	0,00
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 012.03/24 (11) 03/2026 \ LT 080.05/24 (9) 05/2026 (Fornecedor: 1986, Lote: 012.03/2- 4, Qtde: 11 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/2026 / Fornecedor: 1986, Lote: 080.05/24, Qtde: 9 ,Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 31/05/2026)	33069000	000	6108	UND	20	5,8000	116,00	116,00	13,92		12,00	

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID - 353890862 ||#R6P1V2 ||
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 39,98
Pedido: 749914

End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,
LOUVEIRA-SP

Operação contratada na modalidade não presencial - E-PTA-RE Nº: 45.000033322-68
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota.....: 6 Cubagem: 0,02

Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (1,2%), PIS/COFINS R\$ 0,00
(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

cod. 781229

Mercadorias avariadas, ou falhas
só serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimento do transportador.

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDARua Projetada, s/n - Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 781229
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3124 0711 2060 9900 0107 5500 1000 7812 2910 1704 7903

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

13124606374602 11/07/2024 16:05:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
11/07/2024ENDEREÇO
R.DR. ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMSCEP
17402-064DATA ENTRADA/SAÍDA
11/07/2024MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 08/08/2024 666,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

666,25

VALOR DO ICMS

79,95

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

666,25

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

666,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730MUNICÍPIO
POUSO ALEGREUF
MGINSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

10,13

PESO LÍQUIDO

10,1

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL II
12046	HYPOCAINA 2% C/V 25FAM 20ML-HYPOFARMA LT 24051127 (4) 05/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24051127, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/05/- 2024, Data Val: 31/05/2026)	30039053	000	6108	CX	4	134,0000	536,00	536,00	64,32	0,00	12,00	0,0
35555	CAPTOPRIL 25MG 500CP HOSP GEN-CIMED LT 24- 07595 (1) 03/2026 (Fornecedor: 1666, Lote: 2407595, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/2026)	30039099	000	6108	CX	1	14,2500	14,25	14,25	1,71	0,00	12,00	0,0
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 012.03/24 (11) 03/2026 \ LT 080.05/24 (9) 05/2026 (Fornecedor: 1986, Lote: 012.03/2- 4, Qtde: 11 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/2026 / Fornecedor: 1986, Lote: 080.05/24, Qtde: 9 ,Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 31/05/2026)	33069000	000	6108	UND	20	5,8000	116,00	116,00	13,92		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID - 353890862 ||#R6P1V2 ||

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 39,98

Pedido: 749914

End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,
LOUVEIRA-SP

Operação contratada na modalidade não presencial - E-PTA-RE Nº: 45.000033322-68

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota.....: 6 Cubagem: 0,02

Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (1,2%), PIS/COFINS R\$ 0,00
(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

LANÇADA

cod. 781229

Mercadoria avariada, ou falhas
só serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimento do transportador.



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.008855 95001.512201 4 98020000074902
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ:	04.274.988/0001-38
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	07/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	749,02
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	749,02
Valor Pago (R\$):	749,02

Data/hora da operação: 07/08/2024 17:33:52

Código da operação: 020240414

Chave de segurança: G4Y6VQAL6FYF12J1

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITA, 290 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.127.243 Série 001 Folha 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0704 2749 8800 0138 5500 1000 1272 4310 2421 6197 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 135241488671223 - 11/07/2024 16:11:28										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582596876113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF 04.274.988/0001-38										
DESTINATÁRIO / REMETENTE														
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02										
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 050				DATA DA EMISSÃO 11/07/2024										
MUNICÍPIO GARÇA		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064										
UF SP		FONE / FAX 1836591411		DATA DA SAÍDA/ENTRADA										
HORA DA SAÍDA/ENTRADA														
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA														
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02										
ENDEREÇO RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063				INSCRIÇÃO ESTADUAL										
MUNICÍPIO LOUVEIRA				CEP 13294-394										
UF SP				FONE / FAX										
FATURA / DUPLICATA														
Num. 001														
Venc. 08/08/2024														
Valor R\$ 749,02														
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE CÁLC.ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR DO ICMS-FCP										
749,02		98,70		0,00										
VALOR DO ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T-FCP										
0,00		0,00		0,00										
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR ICMS S.T-FCP										
0,00		0,00		0,00										
DESCONTO		OUTRAS DESPESAS		VALOR TOTAL IPI										
0,00		0,00		0,00										
TOTAL PRODUTOS		TOTAL DA NOTA												
749,02		749,02												
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA		FRETE POR CONTA 0-Remetente		CÓDIGO ANTT										
ENDEREÇO ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330		MUNICÍPIO SUMARE		PLACA DO VEÍCULO										
QUANTIDADE 8		ESPECIE Volumes		UF SP										
MARCA		NUMERAÇÃO		CNPJ / CPF 12.270.745/0004-00										
				INSCRIÇÃO ESTADUAL 671495090114										
PESO BRUTO 26,900		PESO LÍQUIDO 26,900												
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
55702	CATETER PERIF IV 18G 1,3X45MM DESC CX C/ 100 TKL Lote: 21360/672 Qt: 100 Fab: 30/10/22 Val: 30/10/27	90183929	000	5102	UN	100	0,4945	49,45	49,45	8,90			18,00	
50764	SERINGA DESC 20ML S/ AGULHA LUER LOCK CX C/ 300UN INJEX Lote: 5706/24 Qt: 2100 Fab: 01/05/24 Val: 01/05/29	90183119	000	5102	UN	2.100	0,2867	602,07	602,07	72,25			12,00	
54476	TERMOMETRO DIGITAL MOD. TH1027 BRANCO/G-TECH Lote: 032401 Qt: 10 Fab: 15/01/24 Val: 15/04/34	90251990	200	5102	UN	10	9,7500	97,50	97,50	17,55			18,00	
cod. 127243														
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO								
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: PEDIDO 353891506 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira PEDIDO DE COMPRA:PDC#353891506#BIONEXO Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2421619 BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4 BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0 PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38 "CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO" Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 126,22 Estadual: R\$ 89,88 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT														

www.geweb.com.br



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0281 / 00001044029-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO
CPF/CNPJ:	017.039.464-64
Valor:	R\$ 2.129,41
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:41

Código da operação:	00134976
Chave de segurança:	3W5CX7HE8MK89P1Z

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	187,32	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,86		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,56	238,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.316,73	187,32	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.129,41	
conta salário: 000744761704-1			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.316,73	2.316,73	185,33	1.751,93	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	187,32	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,86		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,56	238,47		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.316,73	187,32	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.129,41	
conta salário: 000744761704-1			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.316,73	2.316,73	185,33	1.751,93	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	1597 / 00001011427-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RAFAELA PORTO DA COSTA
CPF/CNPJ:	410.495.968-54
Valor:	R\$ 2.331,18
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:41

Código da operação:	00134985
Chave de segurança:	2297SHRS17JVHGRX

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8581	RAFAELA PORTO DA COSTA	252105	7	1
ADM. ASSISTENTE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.100,00	
203	AJUDA DE CUSTO	400,00	400,00	
998	I.N.S.S.	7,99		167,82
981	DESC.ADIANT.SALARIAL	1,00		1,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761671-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.500,00		168,82	
Valor Líquido	➡	2.331,18	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.100,00	2.100,00	2.100,00	168,00	1.534,20	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8581	RAFAELA PORTO DA COSTA	252105	7	1
ADM. ASSISTENTE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.100,00	
203	AJUDA DE CUSTO	400,00	400,00	
998	I.N.S.S.	7,99		167,82
981	DESC.ADIANT.SALARIAL	1,00		1,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761671-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.500,00		168,82	
Valor Líquido	➡	2.331,18	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.100,00	2.100,00	2.100,00	168,00	1.534,20	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000253480-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES
CPF/CNPJ:	282.565.688-79
Valor:	R\$ 3.099,60
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:42

Código da operação:	00135018
Chave de segurança:	C8ACN7YE3S518HK3

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8631	ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	58,49	390,38	
998	I.N.S.S.	9,08		315,08
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		54,17

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762051-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.468,85		369,25	
Valor Líquido	➡	3.099,60	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.468,85	3.468,85	277,50	2.904,05	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8631	ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	58,49	390,38	
998	I.N.S.S.	9,08		315,08
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		54,17

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762051-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.468,85		369,25	
Valor Líquido	➡	3.099,60	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.468,85	3.468,85	277,50	2.904,05	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3114 / 00000013010-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ANA MARIA COELHO ROMAO
CPF/CNPJ:	108.180.838-16
Valor:	R\$ 3.079,63
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:42

Código da operação:	00135019
Chave de segurança:	A475VJS28VFEVETH

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8651	ANA MARIA COELHO ROMAO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,66	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,05	367,42	
998	I.N.S.S.	9,06		311,79
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,06

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751635-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.441,48		361,85	
Valor Líquido	➡	3.079,63	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.441,48	3.441,48	275,31	2.876,68	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8651	ANA MARIA COELHO ROMAO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,66	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,05	367,42	
998	I.N.S.S.	9,06		311,79
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,06

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751635-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.441,48		361,85	
Valor Líquido	➡	3.079,63	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.441,48	3.441,48	275,31	2.876,68	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1223 / 00000019969-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA
CPF/CNPJ:	019.654.155-71
Valor:	R\$ 4.399,66
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138471
Chave de segurança:	TR33641WPK18FJET

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8594	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA		223505	7	1	
	ENFERMEIRA QUALIDADE		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	4.500,00	576,02 432,97		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	101,01			
200	HORAS EXTRAS 100%	10,58	525,24			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
998	I.N.S.S.	10,65				
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762021-2 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			5.408,65	1.008,99		
			Valor Líquido ➡	4.399,66		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
4.500,00	5.408,65	5.408,65	432,69	4.832,63	27,50	

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8594	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA		223505	7	1	
	ENFERMEIRA QUALIDADE		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	4.500,00	576,02 432,97		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	101,01			
200	HORAS EXTRAS 100%	10,58	525,24			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
998	I.N.S.S.	10,65				
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762021-2 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			5.408,65	1.008,99		
			Valor Líquido	4.399,66		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
4.500,00	5.408,65	5.408,65	432,69	4.832,63	27,50	

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	1350 / 1288 / 000761836733-8

Nome destinatário:	ANA PAULA ALVES DA SILVA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 2.730,72

Data de débito:	07/08/2024
Data/hora da operação:	07/08/2024 16:54:39

Código da operação:	547245862
Chave de segurança:	A0CR93XUR2LNAHQ7

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8634	ANA PAULA ALVES DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761688-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8634	ANA PAULA ALVES DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761688-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000015949-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	EDILENA DIOGO RIBEIRO
CPF/CNPJ:	310.307.658-47
Valor:	R\$ 3.099,54
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138477
Chave de segurança:	GVKCS63FPY8J11W3

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8637	EDILENA DIOGO RIBEIRO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,06	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	58,48	390,31	
998	I.N.S.S.	9,08		315,07
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		54,16

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761682-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.468,77		369,23	
Valor Líquido	➡	3.099,54	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.468,77	3.468,77	277,50	2.903,97	15,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8637	EDILENA DIOGO RIBEIRO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	75,06	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	58,48	390,31	
998	I.N.S.S.	9,08		315,07
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		54,16

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761682-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.468,77		369,23	
Valor Líquido	➡	3.099,54	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.468,77	3.468,77	277,50	2.903,97	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000014831-8
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	VANDERLI SOARES DA CRUZ
CPF/CNPJ:	272.936.988-01
Valor:	R\$ 4.011,86
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138478
Chave de segurança:	88PF4XEJGEYRGVC1

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	99,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,06	519,41	
998	I.N.S.S.	10,22		489,23
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		287,61

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761942-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.788,70		776,84	
Valor Líquido	➡	4.011,86	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.788,70	4.788,70	383,09	4.223,90	22,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	99,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,06	519,41	
998	I.N.S.S.	10,22		489,23
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		287,61

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761942-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.788,70		776,84	
Valor Líquido	➡	4.011,86	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.788,70	4.788,70	383,09	4.223,90	22,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000017573-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARLENE LOPES COSTA
CPF/CNPJ:	165.293.668-81
Valor:	R\$ 3.076,96
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138479
Chave de segurança:	1FHYUHYTRFHL5ARU

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8654	MARLENE LOPES COSTA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,59	364,35	
998	I.N.S.S.	9,06		311,35
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		49,51

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761984-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.437,82		360,86	
Valor Líquido	➡	3.076,96	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.437,82	3.437,82	275,02	2.873,02	15,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8654	MARLENE LOPES COSTA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,07	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,59	364,35	
998	I.N.S.S.	9,06		311,35
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		49,51

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761984-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.437,82		360,86	
Valor Líquido	➡	3.076,96	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.437,82	3.437,82	275,02	2.873,02	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000022061-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CONCEICAO DA SILVA MARTINS
CPF/CNPJ:	322.529.828-02
Valor:	R\$ 3.607,62
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138480
Chave de segurança:	XAU2WN73XK4EAWXU

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8593	CONCEICAO DA SILVA MARTINS	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762036-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8593	CONCEICAO DA SILVA MARTINS	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762036-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000022521-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA QUINO DA SILVA
CPF/CNPJ:	923.280.244-91
Valor:	R\$ 3.020,91
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138481
Chave de segurança:	VLXN2JA502HLMRLA

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8626	MARIA QUINO DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	58,14	
200	HORAS EXTRAS 100%	9,06	302,34	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,99		302,48
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,49

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761992-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.363,88		342,97	
Valor Líquido	➡	3.020,91	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.363,88	3.363,88	269,11	2.799,08	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8626	MARIA QUINO DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	58,14	
200	HORAS EXTRAS 100%	9,06	302,34	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,99		302,48
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,49

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761992-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.363,88		342,97	
Valor Líquido	➡	3.020,91	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.363,88	3.363,88	269,11	2.799,08	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	02 - Conta Poupança
Conta destino:	2254 / 00000024930-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS
CPF/CNPJ:	395.270.168-86
Valor:	R\$ 899,90
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138482
Chave de segurança:	6NAC1ZFWQRTQQ8F

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8719	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS	223505	8	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 24/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	7,00	906,97	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	65,89	
998	I.N.S.S.	7,50		72,96

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762016-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
972,86		72,96	
Valor Líquido	➡	899,90	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	972,86	972,86	77,82	408,06	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8719	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS	223505	8	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 24/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	7,00	906,97	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	65,89	
998	I.N.S.S.	7,50		72,96

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762016-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
972,86		72,96	
Valor Líquido	➡	899,90	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	972,86	972,86	77,82	408,06	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000026455-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI
CPF/CNPJ:	401.205.148-26
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138492
Chave de segurança:	WAK02FJ0RECZ410V

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8674	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000730323435-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8674	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000730323435-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0026 / 00000077549-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS
CPF/CNPJ:	358.386.428-07
Valor:	R\$ 2.656,08
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138635
Chave de segurança:	5XQ6QUXWERMH8ECK

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8641	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,51		247,21

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762018-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.903,29		247,21	
Valor Líquido	➡	2.656,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.903,29	2.903,29	232,26	2.338,49	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8641	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,51		247,21

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762018-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.903,29		247,21	
Valor Líquido	➡	2.656,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.903,29	2.903,29	232,26	2.338,49	7,50

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000026046-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES
CPF/CNPJ:	087.568.594-30
Valor:	R\$ 3.992,23
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138490
Chave de segurança:	USLP1E2XP9NF8H39

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8609	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.757,43	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	129,57	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,44	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	97,99	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	53,00	489,95	
998	I.N.S.S.	10,19		484,90
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		280,65

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761999-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.757,78		765,55	
Valor Líquido	➡	3.992,23	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.757,78	4.757,78	380,62	4.192,98	22,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8609	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.757,43	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	129,57	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,44	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	97,99	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	53,00	489,95	
998	I.N.S.S.	10,19		484,90
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		280,65

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761999-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.757,78		765,55	
Valor Líquido	➡	3.992,23	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.757,78	4.757,78	380,62	4.192,98	22,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0040 / 00001071742-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ANGELA MARIA CANDIDO
CPF/CNPJ:	328.960.728-37
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138506
Chave de segurança:	10NWSYAF86F0N21U

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8616	ANGELA MARIA CANDIDO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762055-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8616	ANGELA MARIA CANDIDO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762055-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000030209-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LUCIANA APARECIDA MACANHAO
CPF/CNPJ:	423.054.148-11
Valor:	R\$ 2.411,09
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138494
Chave de segurança:	3KA12H7RCKP64SY8

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8625	LUCIANA APARECIDA MACANHAO		422105	7	1	
	RECEPCIONISTA		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.633,33	215,18		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	116,67			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	51,89			
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,93			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,34			
200	HORAS EXTRAS 100%	11,03	249,08			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,00	241,63			
998	I.N.S.S.	8,19				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761673-8 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.626,27	215,18		
			Valor Líquido ➡	2.411,09		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
1.750,00	2.626,27	2.626,27	210,10	2.061,47	0,00	

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8625	LUCIANA APARECIDA MACANHAO		422105	7	1	
	RECEPCIONISTA		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.633,33	215,18		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	116,67			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	51,89			
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,93			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,34			
200	HORAS EXTRAS 100%	11,03	249,08			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,00	241,63			
998	I.N.S.S.	8,19				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761673-8 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.626,27	215,18		
			Valor Líquido	2.411,09		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
1.750,00	2.626,27	2.626,27	210,10	2.061,47	0,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000031963-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DELFRAN JOSE DE SANTANA
CPF/CNPJ:	059.816.155-40
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138495
Chave de segurança:	F3PPMW13NRNM1X86

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8618	DELFRAN JOSE DE SANTANA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761685-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8618	DELFRAN JOSE DE SANTANA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761685-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000030527-8
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ
CPF/CNPJ:	427.314.372-00
Valor:	R\$ 1.779,67
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138496
Chave de segurança:	UXT0PVR01EF8ZS5W

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	7,90		152,73

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761674-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.932,40		152,73	
Valor Líquido	➡	1.779,67	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.932,40	1.932,40	154,59	1.367,60	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	7,90		152,73

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761674-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.932,40		152,73	
Valor Líquido	➡	1.779,67	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.932,40	1.932,40	154,59	1.367,60	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0335 / 00001052835-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	FABIULA DE JESUS SILVA
CPF/CNPJ:	450.623.728-52
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138512
Chave de segurança:	XL4M6320PERR1TZF

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8620	FABIULA DE JESUS SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744758612-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8620	FABIULA DE JESUS SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744758612-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0040 / 00001072239-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DEISE FERREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ:	299.848.658-43
Valor:	R\$ 2.479,88
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138508
Chave de segurança:	CGJYZU55P55WXJMC

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8686	DEISE FERREIRA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
998	I.N.S.S.	8,26		223,18

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762037-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.703,06		223,18	
Valor Líquido	➡	2.479,88	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.877,00	2.703,06	2.703,06	216,24	2.138,26	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 10 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8686	DEISE FERREIRA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
998	I.N.S.S.	8,26		223,18

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762037-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.703,06		223,18	
Valor Líquido	➡	2.479,88	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.877,00	2.703,06	2.703,06	216,24	2.138,26	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 10 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0040 / 00002001326-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JAKSON DA SILVA LOVATO
CPF/CNPJ:	422.871.998-88
Valor:	R\$ 1.800,23
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138509
Chave de segurança:	YZK6RGAJ2R06AA8S

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8680	JAKSON DA SILVA LOVATO	782305	7	1
MOTORISTA ADMINISTRATIVO		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.955,00		
998	I.N.S.S.	7,92		154,77	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.955,00	154,77	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762014-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.800,23	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.955,00	1.955,00	1.955,00	156,40	1.390,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8680	JAKSON DA SILVA LOVATO	782305	7	1
MOTORISTA ADMINISTRATIVO		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.955,00		
998	I.N.S.S.	7,92		154,77	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.955,00	154,77	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762014-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.800,23	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.955,00	1.955,00	1.955,00	156,40	1.390,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1660 / 00000013659-X
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GABRIELE MARQUES SANTOS
CPF/CNPJ:	045.037.375-46
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138473
Chave de segurança:	HZA8CAS6P8C9TP0C

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8621	GABRIELE MARQUES SANTOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761678-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8621	GABRIELE MARQUES SANTOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761678-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0216 / 00001029135-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA
CPF/CNPJ:	105.578.726-77
Valor:	R\$ 5.238,47
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138511
Chave de segurança:	9YNV59UGXZK0NEWA

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8596	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA		223505	7	1	
	ENFERMEIRO (A)		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	764,37 751,15		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	402,60			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	14,27			
200	HORAS EXTRAS 100%	45,19	2.093,50			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,01	74,22			
998	I.N.S.S.	11,32				
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761944-3 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			6.753,99	1.515,52		
			Valor Líquido	5.238,47		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00		6.753,99	6.753,99	540,31	5.989,62	27,50

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8596	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA		223505	7	1	
	ENFERMEIRO (A)		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	764,37 751,15		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	402,60			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	14,27			
200	HORAS EXTRAS 100%	45,19	2.093,50			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,01	74,22			
998	I.N.S.S.	11,32				
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50				
			</			



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000017869-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JANAINA FERNANDES LISBOA
CPF/CNPJ:	112.404.416-73
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138681
Chave de segurança:	R346WK948HVP4TYW

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8622	JANAINA FERNANDES LISBOA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762009-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 15 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8622	JANAINA FERNANDES LISBOA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762009-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 15 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0535 / 00001049391-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	BIANCA SOUZA MESSIAS
CPF/CNPJ:	029.380.545-80
Valor:	R\$ 1.298,16
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138515
Chave de segurança:	H4RXJQEWKLSNK34V

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8710	BIANCA SOUZA MESSIAS	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 19/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.088,40	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	186,90	186,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	112,96	
998	I.N.S.S.	7,50		90,10

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761686-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.388,26		90,10	
Valor Líquido	➡	1.298,16	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	1.201,36	1.201,36	96,10	636,56	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8710	BIANCA SOUZA MESSIAS	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 19/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.088,40	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	186,90	186,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	112,96	
998	I.N.S.S.	7,50		90,10

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761686-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.388,26		90,10	
Valor Líquido	➡	1.298,16	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	1.201,36	1.201,36	96,10	636,56	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00065340118-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO
CPF/CNPJ:	460.263.238-64
Valor:	R\$ 1.522,68
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138617
Chave de segurança:	YY16HKP4HY25U531

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8587	JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO	413115	7	1
AUXILIAR DE FATURAMENTO		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00			
998	I.N.S.S.	7,72		127,32		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.650,00	127,32		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761681-9 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.522,68		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00		1.650,00	1.650,00	132,00	1.085,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8587	JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO	413115	7	1
AUXILIAR DE FATURAMENTO		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00			
998	I.N.S.S.	7,72		127,32		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.650,00	127,32		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761681-9 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.522,68		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00		1.650,00	1.650,00	132,00	1.085,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	1597 / 00001016381-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GABRIELA FALAVINHA MACIEL LIMA
CPF/CNPJ:	477.005.118-29
Valor:	R\$ 3.080,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138519
Chave de segurança:	FR5PXNGM5RY82R6G

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8639	GABRIELA FALAVINHA M LIMA		322205	7	1	
	TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,24	368,68	
998	I.N.S.S.	9,06		311,97
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,29

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762029-8 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.442,98	362,26
			Valor Líquido ➡	3.080,72

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.442,98	3.442,98	275,43	2.878,18	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8639	GABRIELA FALAVINHA M LIMA		322205	7	1	
	TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	311,97 50,29		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,90			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,24	368,68			
998	I.N.S.S.	9,06				
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762029-8 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.442,98	362,26		
			Valor Líquido	3.080,72		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00		3.442,98	3.442,98	275,43	2.878,18	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2738 / 00001003380-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA
CPF/CNPJ:	274.310.598-41
Valor:	R\$ 3.607,62
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138578
Chave de segurança:	X9WL1UT283NALUGR

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762023-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762023-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0128 / 00000030805-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SHIRLEY DOS SANTOS MELO
CPF/CNPJ:	047.919.185-92
Valor:	R\$ 2.627,32
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138556
Chave de segurança:	Z4K150H4WGSS9J1M

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8703	SHIRLEY DOS SANTOS MELO	223505	8	1
COORD. ENFERMAGEM		Admissão: 15/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	2.720,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	150,61	
998	I.N.S.S.	8,48		243,29

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744754058-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.870,61		243,29	
Valor Líquido	➡	2.627,32	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
5.100,00	2.870,61	2.870,61	229,64	2.305,81	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8703	SHIRLEY DOS SANTOS MELO	223505	8	1
COORD. ENFERMAGEM		Admissão: 15/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	2.720,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	150,61	
998	I.N.S.S.	8,48		243,29

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744754058-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.870,61		243,29	
Valor Líquido	➡	2.627,32	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
5.100,00	2.870,61	2.870,61	229,64	2.305,81	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0093 / 00000123824-8
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	FABIANA DA SILVA
CPF/CNPJ:	271.871.438-77
Valor:	R\$ 3.087,34
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138558
Chave de segurança:	AYZ5TZATKZR81H3L

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8653	FABIANA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	72,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,38	376,29	
998	I.N.S.S.	9,07		313,06
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		51,65

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751877-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.452,05		364,71	
Valor Líquido	➡	3.087,34	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.452,05	3.452,05	276,16	2.887,25	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8653	FABIANA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	72,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,38	376,29	
998	I.N.S.S.	9,07		313,06
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		51,65

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751877-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.452,05		364,71	
Valor Líquido	➡	3.087,34	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.452,05	3.452,05	276,16	2.887,25	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0281 / 00001047738-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARLANDIA DE MATOS GOMES
CPF/CNPJ:	080.087.414-57
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138510
Chave de segurança:	5RLQMH6TM9G6L63C

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8627	MARLANDIA DE MATOS GOMES	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761985-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8627	MARLANDIA DE MATOS GOMES	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761985-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0323 / 00000085036-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA
CPF/CNPJ:	163.475.008-09
Valor:	R\$ 3.438,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138563
Chave de segurança:	8HUQHC9FR14NFGX6

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8584	SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA	251605	7	1
ASSIST. SOCIAL		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.650,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,43		370,70
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		123,70

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761943-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.932,40		494,40	
Valor Líquido	➡	3.438,00	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.650,00	3.932,40	3.932,40	314,59	3.367,60	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8584	SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA	251605	7	1
ASSIST. SOCIAL		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.650,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,43		370,70
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		123,70

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761943-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.932,40		494,40	
Valor Líquido	➡	3.438,00	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.650,00	3.932,40	3.932,40	314,59	3.367,60	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0658 / 00001001765-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CRISTIANE REGINA DA SILVA
CPF/CNPJ:	274.278.608-29
Valor:	R\$ 3.086,06
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138565
Chave de segurança:	LXKT3HQT38MN1ZRK

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8635	CRISTIANE REGINA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	72,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,16	374,82	
998	I.N.S.S.	9,07		312,85
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		51,39

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762039-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.450,30		364,24	
Valor Líquido	➡	3.086,06	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.450,30	3.450,30	276,02	2.885,50	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8635	CRISTIANE REGINA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	72,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	56,16	374,82	
998	I.N.S.S.	9,07		312,85
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		51,39

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762039-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.450,30		364,24	
Valor Líquido	➡	3.086,06	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.450,30	3.450,30	276,02	2.885,50	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000019727-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO
CPF/CNPJ:	873.215.054-72
Valor:	R\$ 1.809,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138571
Chave de segurança:	6W1X0Y0105W7V6N0

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8681	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO	414105	7	1
ALMOXARIFE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	324,00	324,00	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	62,04	
998	I.N.S.S.	7,72		127,32
48	VALE TRANSPORTE	6,00		99,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762017-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.036,04		226,32	
Valor Líquido	➡	1.809,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.650,00	1.650,00	132,00	1.085,20	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8681	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO	414105	7	1
ALMOXARIFE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	324,00	324,00	
995	SALARIO FAMILIA	1,00	62,04	
998	I.N.S.S.	7,72		127,32
48	VALE TRANSPORTE	6,00		99,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762017-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.036,04		226,32	
Valor Líquido	➡	1.809,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.650,00	1.650,00	132,00	1.085,20	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000019649-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SILVANIA DA SILVA
CPF/CNPJ:	318.647.778-69
Valor:	R\$ 3.079,33
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138572
Chave de segurança:	PYFSTUE155FEN5SX

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8657	SILVANIA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,00	367,08	
998	I.N.S.S.	9,06		311,74
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761947-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.441,07		361,74	
Valor Líquido	➡	3.079,33	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.441,07	3.441,07	275,28	2.876,27	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8657	SILVANIA DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,00	367,08	
998	I.N.S.S.	9,06		311,74
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,00

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761947-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.441,07		361,74	
Valor Líquido	➡	3.079,33	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.441,07	3.441,07	275,28	2.876,27	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000058874-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA
CPF/CNPJ:	246.164.138-27
Valor:	R\$ 1.752,04
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138575
Chave de segurança:	FX95FCJPL6EXFSP4

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8677	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA	513430	7	1
COPEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.585,00	150,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	5,59		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	7,00	29,05		
998	I.N.S.S.	7,89			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.902,04	150,00	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761667-3 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.752,04	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	1.902,04	1.902,04	152,16	1.337,24	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8677	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA	513430	7	1
COPEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.585,00	150,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	5,59		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	7,00	29,05		
998	I.N.S.S.	7,89			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.902,04	150,00	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761667-3 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.752,04	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	1.902,04	1.902,04	152,16	1.337,24	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0960 / 00001025912-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES
CPF/CNPJ:	372.515.838-01
Valor:	R\$ 1.522,68
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138517
Chave de segurança:	6H4T8S8YVNCU34LL

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	101,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,08	528,87		
998	I.N.S.S.	10,23		490,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		290,15	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.799,98	780,96	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761677-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.019,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.799,98	4.799,98	383,99	4.235,18	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	101,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,08	528,87		
998	I.N.S.S.	10,23		490,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		290,15	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.799,98	780,96	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761677-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.019,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.799,98	4.799,98	383,99	4.235,18	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00077018369-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO
CPF/CNPJ:	418.188.038-95
Valor:	R\$ 2.141,17
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138625
Chave de segurança:	NJVN3S53NWQG1WTA

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8613	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	188,48	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,94		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,04	249,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.329,65	188,48	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.141,17	
conta salário: 000744762028-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.329,65	2.329,65	186,37	1.764,85	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8613	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	188,48	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,94		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,04	249,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.329,65	188,48	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.141,17	
conta salário: 000744762028-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.329,65	2.329,65	186,37	1.764,85	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00084554934-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS
CPF/CNPJ:	123.478.557-94
Valor:	R\$ 3.607,62
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138632
Chave de segurança:	P8CZWQP5FZZTU2SL

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8601	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.757,43	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	129,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762006-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8601	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.757,43	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	129,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762006-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE AGOSTO ***



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000065855-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DEISIANE MACIEL TELES
CPF/CNPJ:	396.271.268-29
Valor:	R\$ 2.025,44
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138579
Chave de segurança:	H0USVKGT8FZL6M2F

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8586	DEISIANE MACIAL TELES	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	177,04	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	43,56		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,55	226,52		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,04			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.202,48	177,04	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.025,44	
conta salário: 000744762041-7			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	2.202,48	2.202,48	176,19	1.637,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8586	DEISIANE MACIAL TELES	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	177,04	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	43,56		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,55	226,52		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,04			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.202,48	177,04	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.025,44	
conta salário: 000744762041-7			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	2.202,48	2.202,48	176,19	1.637,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000065486-8
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM
CPF/CNPJ:	485.678.708-01
Valor:	R\$ 2.332,17
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138580
Chave de segurança:	8K17QKYPSKTRK011

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8659	MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	46,70	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	51,23	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,31	242,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	62,03	266,37	
998	I.N.S.S.	8,17		207,37

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761972-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.539,54		207,37	
Valor Líquido	➡	2.332,17	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	2.539,54	2.539,54	203,16	1.974,74	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8659	MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	46,70	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	51,23	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,31	242,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	62,03	266,37	
998	I.N.S.S.	8,17		207,37

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761972-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.539,54		207,37	
Valor Líquido	➡	2.332,17	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	2.539,54	2.539,54	203,16	1.974,74	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000249740-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MONALIZA CALISTO LIMA
CPF/CNPJ:	063.528.693-94
Valor:	R\$ 740,85
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138581
Chave de segurança:	2G1U164MWQZ09N5W

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8716	MONALIZA CALISTO LIMA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 23/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	8,00	725,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	75,31	
998	I.N.S.S.	7,50		60,06

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761975-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
800,91		60,06	
Valor Líquido	➡	740,85	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	800,91	800,91	64,07	236,11	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8716	MONALIZA CALISTO LIMA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 23/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	8,00	725,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	75,31	
998	I.N.S.S.	7,50		60,06

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761975-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
800,91		60,06	
Valor Líquido	➡	740,85	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	800,91	800,91	64,07	236,11	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3728 / 00000246130-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES
CPF/CNPJ:	040.292.485-19
Valor:	R\$ 2.989,59
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138589
Chave de segurança:	6TZPKS96TV9JMVTY

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8650	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	70,28	
200	HORAS EXTRAS 100%	10,53	351,40	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,96		297,81
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,57

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761665-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.324,97		335,38	
Valor Líquido	➡	2.989,59	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.324,97	3.324,97	265,99	2.760,17	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8650	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	70,28	
200	HORAS EXTRAS 100%	10,53	351,40	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,96		297,81
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,57

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761665-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.324,97		335,38	
Valor Líquido	➡	2.989,59	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.324,97	3.324,97	265,99	2.760,17	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	6009 / 00000007502-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SHEILA SOARES ANDRADE
CPF/CNPJ:	073.861.373-89
Valor:	R\$ 3.076,83
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138591
Chave de segurança:	UXK9CKGCN4QL55X5

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8656	SHEILA SOARES ANDRADE	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,57	364,21	
998	I.N.S.S.	9,06		311,33
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		49,49

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761953-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.437,65		360,82	
Valor Líquido	➡	3.076,83	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.437,65	3.437,65	275,01	2.872,85	15,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 17 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8656	SHEILA SOARES ANDRADE	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,57	364,21	
998	I.N.S.S.	9,06		311,33
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		49,49

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761953-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.437,65		360,82	
Valor Líquido	➡	3.076,83	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.437,65	3.437,65	275,01	2.872,85	15,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 17 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

____/____/____



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00003419668-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JESSICA MAYARA KAIP
CPF/CNPJ:	405.633.238-09
Valor:	R\$ 4.006,53
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138598
Chave de segurança:	8PX1ZYT1QJKJM74C

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8599	JESSICA MAYARA KAIP	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	98,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,30	512,37		
998	I.N.S.S.	10,21		488,05	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		285,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.780,30	773,77	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762005-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.006,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.780,30	4.780,30	382,42	4.215,50	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8599	JESSICA MAYARA KAIP	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	98,53		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,30	512,37		
998	I.N.S.S.	10,21		488,05	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		285,72	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.780,30	773,77	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762005-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.006,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.780,30	4.780,30	382,42	4.215,50	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	02 - Conta Poupança
Conta destino:	0001 / 00012472003-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DIENE AGUEDA NORTE NOGUEIRA
CPF/CNPJ:	060.833.945-89
Valor:	R\$ 2.762,32
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138603
Chave de segurança:	1RGFCTE88AP56LZN

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8636	DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	23,23	
200	HORAS EXTRAS 100%	3,48	116,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,67		263,93
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,40

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761683-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.042,65		280,33	
Valor Líquido	➡	2.762,32	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.042,65	3.042,65	243,41	2.477,85	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8636	DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	23,23	
200	HORAS EXTRAS 100%	3,48	116,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,67		263,93
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		16,40

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761683-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.042,65		280,33	
Valor Líquido	➡	2.762,32	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.042,65	3.042,65	243,41	2.477,85	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00029752866-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA
CPF/CNPJ:	375.021.178-73
Valor:	R\$ 1.870,67
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138611
Chave de segurança:	Y4ESULT6L94245HG

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8579	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA	422105	37	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.691,67	161,73	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	58,33		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41		
998	I.N.S.S.	7,96			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.032,40	161,73	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761995-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.870,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.032,40	2.032,40	162,59	1.467,60	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8579	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA	422105	37	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.691,67	161,73	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	58,33		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41		
998	I.N.S.S.	7,96			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.032,40	161,73	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761995-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.870,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.032,40	2.032,40	162,59	1.467,60	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	3880 / 1288 / 000906647637-6

Nome destinatário:	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.875,63

Data de débito:	07/08/2024
Data/hora da operação:	07/08/2024 16:55:13

Código da operação:	547391838
Chave de segurança:	PYT36EX4YG8E7TNY

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8675	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA	513430	7	1
COPEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.585,00	162,22	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	27,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	34,45	142,96		
998	I.N.S.S.	7,96			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.037,85	162,22	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762025-5 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.875,63	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	2.037,85	2.037,85	163,02	1.473,05	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8675	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA	513430	7	1
COPEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.585,00	162,22	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	27,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	34,45	142,96		
998	I.N.S.S.	7,96			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.037,85	162,22	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762025-5 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.875,63	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	2.037,85	2.037,85	163,02	1.473,05	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00058586410-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	EDUARDO HUMBERTO CAMARGO
CPF/CNPJ:	369.270.938-26
Valor:	R\$ 2.719,66
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138614
Chave de segurança:	W3EEWM7XX7HP7VKY

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8687	EDUARDO HUMBERTO CAMARGO		322205	7	1	
	TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		05/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	26,00	2.358,20	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	297,60	297,60	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	40,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	244,75	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	27,19	179,20	
998	I.N.S.S.	8,42		237,56
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762033-6 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos		Total de Descontos	
			3.120,48		400,82	
			Valor Líquido ➡		2.719,66	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.822,88	2.822,88	225,83	2.258,08	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8687	EDUARDO HUMBERTO CAMARGO		322205	7	1	
	TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		05/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	26,00	2.358,20	237,56 163,26		
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	297,60	297,60			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	40,73			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	244,75			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	27,19	179,20			
998	I.N.S.S.	8,42				
48	VALE TRANSPORTE	6,00				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762033-6 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.120,48	400,82		
			Valor Líquido	2.719,66		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00		2.822,88	2.822,88	225,83	2.258,08	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00044096008-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	KEITH FERREIRA DOS SANTOS
CPF/CNPJ:	461.436.398-92
Valor:	R\$ 2.221,05
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138615
Chave de segurança:	ZSP65GVX5KNH1QHE

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8624	KEITH FERREIRA DOS SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	9,99	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	52,11	
200	HORAS EXTRAS 100%	2,30	51,94	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	60,00	270,99	
998	I.N.S.S.	8,12		196,38

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761675-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.417,43		196,38	
Valor Líquido	➡	2.221,05	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.417,43	2.417,43	193,39	1.852,63	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8624	KEITH FERREIRA DOS SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	9,99	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	52,11	
200	HORAS EXTRAS 100%	2,30	51,94	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	60,00	270,99	
998	I.N.S.S.	8,12		196,38

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761675-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.417,43		196,38	
Valor Líquido	➡	2.221,05	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.417,43	2.417,43	193,39	1.852,63	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000020556-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SILVIA DE SOUZA YANSEN
CPF/CNPJ:	287.939.998-01
Valor:	R\$ 1.522,68
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138576
Chave de segurança:	VQMVUATWNJ2W3KXS

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8591	SILVIA DE SOUZA YANSEN	413115	7	1
	AUXILIAR DE FATURAMENTO	Admissão:	01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00			
998	I.N.S.S.	7,72		127,32		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.650,00	127,32		
			Valor Líquido ➡	1.522,68		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00		1.650,00	1.650,00	132,00	1.085,20	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL				CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02				Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário			CBO	Departamento	Filial	
8591	SILVIA DE SOUZA YANSEN			413115	7	1	
	AUXILIAR DE FATURAMENTO			Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição			Referência	Vencimentos		Descontos
8781	DIAS NORMAIS			30,00	1.650,00		
998	I.N.S.S.			7,72			127,32
					Total de Vencimentos		Total de Descontos
					1.650,00		127,32
					Valor Líquido ➡		1.522,68
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF		Faixa IRRF
1.650,00		1.650,00	1.650,00	132,00	1.085,20		0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000054319-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LEIDIANE LOPES BARROSO
CPF/CNPJ:	433.397.998-65
Valor:	R\$ 2.141,17
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138577
Chave de segurança:	GRV80SLW7XVTJJ4P

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8614	LEIDIANE LOPES BARROSO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	188,48	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,94		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,04	249,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.329,65	188,48	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.141,17	
conta salário: 000744758617-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.329,65	2.329,65	186,37	1.764,85	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8614	LEIDIANE LOPES BARROSO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	188,48	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,94		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,04	249,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.329,65	188,48	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.141,17	
conta salário: 000744758617-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.329,65	2.329,65	186,37	1.764,85	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00080974813-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA
CPF/CNPJ:	136.810.494-08
Valor:	R\$ 3.082,75
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138627
Chave de segurança:	43FL3X4PS7X2U1XR

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8652	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,35	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,59	371,02	
998	I.N.S.S.	9,06		312,31
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,71

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762056-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.445,77		363,02	
Valor Líquido	➡	3.082,75	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.445,77	3.445,77	275,66	2.880,97	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8652	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	71,35	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,59	371,02	
998	I.N.S.S.	9,06		312,31
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,71

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762056-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.445,77		363,02	
Valor Líquido	➡	3.082,75	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.445,77	3.445,77	275,66	2.880,97	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00084123804-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	EMILLY FERREIRA JORGE
CPF/CNPJ:	089.820.446-12
Valor:	R\$ 2.685,27
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138628
Chave de segurança:	7JYQ2PT960RZ3X1W

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8619	EMILLY FERREIRA JORGE		422105	7	1	
	RECEPCIONISTA		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	251,19		
201	ADICIONAL DE LIDERANÇA	200,00	200,00			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	110,95			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	2,61			
200	HORAS EXTRAS 100%	23,26	576,95			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	3,00	13,55			
998	I.N.S.S.	8,55				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762032-8 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.936,46	251,19		
			Valor Líquido ➡	2.685,27		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
1.750,00	2.936,46	2.936,46	234,91	2.371,66	7,50	

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8619	EMILLY FERREIRA JORGE		422105	7	1	
	RECEPCIONISTA		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	251,19		
201	ADICIONAL DE LIDERANÇA	200,00	200,00			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	110,95			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	2,61			
200	HORAS EXTRAS 100%	23,26	576,95			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	3,00	13,55			
998	I.N.S.S.	8,55				
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762032-8 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.936,46	251,19		
			Valor Líquido	2.685,27		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00		2.936,46	2.936,46	234,91	2.371,66	7,50

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	0316 / 3701 / 000598099741-1

Nome destinatário:	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 3.607,62

Data de débito:	07/08/2024
Data/hora da operação:	07/08/2024 16:58:11

Código da operação:	547638184
Chave de segurança:	9UM49FLG8NCRC519

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8662	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751583-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8662	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751583-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00099239071-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO
CPF/CNPJ:	149.956.938-66
Valor:	R\$ 3.075,65
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138633
Chave de segurança:	201PAG4SF3RHNLJ5

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8658	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO		322205	7	1	
	TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	90,70	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	193,20	193,20	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,41	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	65,20	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	49,00	326,01	
998	I.N.S.S.	9,02		306,22
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		43,09
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.588,22	512,57
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	3.075,65
conta salário: 000730380841-9			Agência: 3104 -	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.395,02	3.395,02	271,60	2.830,22	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial		
8658	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO	322205	7	1		
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		01/07/2024		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30			
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	90,70			
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	193,20	193,20			
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,41			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	65,20			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	49,00	326,01			
998	I.N.S.S.	9,02		306,22		
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		43,09		
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.588,22	512,57		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido	3.075,65		
conta salário: 000730380841-9			➡			
Agência: 3104 -						
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
2.721,00	3.395,02	3.395,02	271,60	2.830,22	15,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000026320-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIANA DE LURDES ALBINO
CPF/CNPJ:	480.129.568-10
Valor:	R\$ 1.932,18
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138646
Chave de segurança:	8H4JNU8ATCQ98SM6

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8580	MARIANA DE LURDES ALBINO	252105	7	1
ADM. ASSISTENTE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.100,00	
998	I.N.S.S.	7,99		167,82

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761988-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.100,00		167,82	
Valor Líquido	➡	1.932,18	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.100,00	2.100,00	2.100,00	168,00	1.535,20	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8580	MARIANA DE LURDES ALBINO	252105	7	1
ADM. ASSISTENTE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.100,00	
998	I.N.S.S.	7,99		167,82

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761988-5

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.100,00		167,82	
Valor Líquido	➡	1.932,18	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.100,00	2.100,00	2.100,00	168,00	1.535,20	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000025903-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA
CPF/CNPJ:	062.747.614-70
Valor:	R\$ 2.656,08
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138489
Chave de segurança:	JJV48NPKRK9CUPHT

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8644	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,51		247,21

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761998-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.903,29		247,21	
Valor Líquido	➡	2.656,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.903,29	2.903,29	232,26	2.338,49	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8644	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,51		247,21

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761998-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.903,29		247,21	
Valor Líquido	➡	2.656,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.903,29	2.903,29	232,26	2.338,49	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000006384-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARILANDY LIMEIRA
CPF/CNPJ:	042.633.864-26
Valor:	R\$ 4.578,21
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138636
Chave de segurança:	GJH4U8SKNYKTY1J2

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8610	MARILANDY LIMEIRA		223405	7	1	
	FARMACEUTICO (A)		Admissão:		01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.755,00	
203	AJUDA DE CUSTO	250,32	250,32	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	96,97	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	105,27	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,24	504,23	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,01	547,38	
998	I.N.S.S.	10,58		559,59
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		403,77

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761991-5			Total de Vencimentos		Total de Descontos	
			5.541,57		963,36	
			Valor Líquido ➡		4.578,21	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	5.291,25	5.291,25	423,30	4.726,45	27,50

Agência: 3104 -

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8610	MARILANDY LIMEIRA		223405	7	1	
	FARMACEUTICO (A)		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição		Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS		30,00	3.755,00		
203	AJUDA DE CUSTO		250,32	250,32		
250	REFLEXO EXTRAS DSR		0,00	96,97		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR		0,00	105,27		
200	HORAS EXTRAS 100%		11,24	504,23		
16	INSALUBRIDADE 20%		20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%		61,01	547,38		
998	I.N.S.S.		10,58		559,59	
999	IMPOSTO DE RENDA		27,50		403,77	
				Total de Vencimentos	Total de Descontos	
				5.541,57	963,36	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104				Valor Líquido	4.578,21	
conta salário: 000744761991-5						
Agência: 3104 -						
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
3.755,00	5.291,25	5.291,25	423,30	4.726,45	27,50	



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000008814-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JOYCE ROBERTA LEAO
CPF/CNPJ:	289.244.948-05
Valor:	R\$ 1.904,28
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138638
Chave de segurança:	90S9LW7PP949LKYF

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8692	JOYCE ROBERTA LEAO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 05/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	26,00	1.516,67	165,05	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	57,02		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,11	250,89		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	244,75		
998	I.N.S.S.	7,98			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.069,33	165,05	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744758607-3 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.904,28	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.069,33	2.069,33	165,54	1.504,53	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 22 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8692	JOYCE ROBERTA LEAO	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 05/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	26,00	1.516,67	165,05	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	57,02		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,11	250,89		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	244,75		
998	I.N.S.S.	7,98			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.069,33	165,05	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744758607-3 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.904,28	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.069,33	2.069,33	165,54	1.504,53	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 22 DE AGOSTO ***



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000014141-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	EDINEIA DIOGO CAINELI
CPF/CNPJ:	004.814.519-00
Valor:	R\$ 4.064,47
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138640
Chave de segurança:	MX3XSWMS87Q2QZW8

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8607	EDINEIA DIOGO CAINELI	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	113,25		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,56	588,90		
998	I.N.S.S.	10,28		500,83	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		306,25	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.871,55	807,08	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744758621-9 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.064,47	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.871,55	4.871,55	389,72	4.306,75	22,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 17 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8607	EDINEIA DIOGO CAINELI	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	113,25		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,56	588,90		
998	I.N.S.S.	10,28		500,83	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		306,25	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.871,55	807,08	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744758621-9 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.064,47	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.871,55	4.871,55	389,72	4.306,75	22,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 17 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000020258-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	BRUNA FERREIRA GINEFRA
CPF/CNPJ:	080.585.187-94
Valor:	R\$ 4.155,87
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138645
Chave de segurança:	ULZQMX0AQHE7YMAP

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8605	BRUNA FERREIRA GINEFRA	223405	7	1
FARMACEUTICO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.755,00	
203	AJUDA DE CUSTO	68,83	68,83	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	140,27	
200	HORAS EXTRAS 100%	16,26	729,42	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	10,31		505,80
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		314,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

000744762049-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.975,92		820,05	
Valor Líquido	➡	4.155,87	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	4.907,09	4.907,09	392,56	4.342,29	22,50

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8605	BRUNA FERREIRA GINEFRA	223405	7	1
FARMACEUTICO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.755,00	
203	AJUDA DE CUSTO	68,83	68,83	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	140,27	
200	HORAS EXTRAS 100%	16,26	729,42	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	10,31		505,80
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		314,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

000744762049-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.975,92		820,05	
Valor Líquido	➡	4.155,87	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	4.907,09	4.907,09	392,56	4.342,29	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00033330263-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RICARDO DA SILVEIRA ROSA
CPF/CNPJ:	138.946.198-05
Valor:	R\$ 1.932,18
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138634
Chave de segurança:	TVNUAERWGMNX1CGT

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8582	RICARDO DA SILVEIRA ROSA	252105	7	1
ADM. ASSISTENTE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.100,00			
998	I.N.S.S.	7,99		167,82		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.100,00	167,82		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761966-4 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.932,18		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.100,00		2.100,00	2.100,00	168,00	1.535,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8582	RICARDO DA SILVEIRA ROSA	252105	7	1
ADM. ASSISTENTE		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.100,00			
998	I.N.S.S.	7,99		167,82		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.100,00	167,82		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761966-4 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.932,18		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.100,00		2.100,00	2.100,00	168,00	1.535,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000028666-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LEILIANE VIEIRA SOARES
CPF/CNPJ:	378.216.928-08
Valor:	R\$ 2.129,90
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138647
Chave de segurança:	ERM1Y8HFN80WVSP

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8661	LEILIANE VIEIRA SOARES	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	187,37	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,95		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,58	238,92		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.317,27	187,37	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.129,90	
conta salário: 000744761672-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.317,27	2.317,27	185,38	1.752,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8661	LEILIANE VIEIRA SOARES	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	187,37	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,95		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,58	238,92		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,09			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.317,27	187,37	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.129,90	
conta salário: 000744761672-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.317,27	2.317,27	185,38	1.752,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000021443-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ROSANA APARECIDA DA SILVA
CPF/CNPJ:	302.940.908-27
Valor:	R\$ 1.413,46
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138648
Chave de segurança:	3V7HVKVLEELUVAKE

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8708	ROSANA APARECIDA DA SILVA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 17/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	1.269,80		
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	186,90	186,90		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	13,65		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	131,79		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	14,00	88,75		
998	I.N.S.S.	7,59		114,17	
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.690,89	277,43	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761964-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.413,46	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	1.503,99	1.503,99	120,31	821,05	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8708	ROSANA APARECIDA DA SILVA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 17/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	1.269,80		
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	186,90	186,90		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	13,65		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	131,79		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	14,00	88,75		
998	I.N.S.S.	7,59		114,17	
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.690,89	277,43	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761964-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.413,46	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	1.503,99	1.503,99	120,31	821,05	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000049746-8
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARINA APARECIDA BATISTA
CPF/CNPJ:	498.294.578-00
Valor:	R\$ 1.779,67
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138649
Chave de segurança:	6A6R404CUF80LLMV

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8678	MARINA APARECIDA BATISTA	322415	7	1
AUXILIAR DE CONSULTORIO DENTARIO		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	7,90		152,73

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 00074476183-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.932,40		152,73	
Valor Líquido	➡	1.779,67	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.932,40	1.932,40	154,59	1.367,60	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8678	MARINA APARECIDA BATISTA	322415	7	1
AUXILIAR DE CONSULTORIO DENTARIO		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	7,90		152,73

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 00074476183-4

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.932,40		152,73	
Valor Líquido	➡	1.779,67	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.932,40	1.932,40	154,59	1.367,60	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000050707-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DANIELE BARROS DIAS
CPF/CNPJ:	064.466.175-50
Valor:	R\$ 463,03
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138650
Chave de segurança:	VSH22VK0HXMQKE1M

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8617	DANIELE BARROS DIAS	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762043-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8617	DANIELE BARROS DIAS	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762043-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000049773-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LUIZ CARLOS DA SILVA
CPF/CNPJ:	763.993.708-68
Valor:	R\$ 2.447,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138651
Chave de segurança:	ZW94YZYGPR86RTH8

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8663	LUIZ CARLOS DA SILVA	514320	7	1
AUX. SERV. DIVERSOS		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.200,00	205,75	
203	AJUDA DE CUSTO	132,00	132,00		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	6,30		
200	HORAS EXTRAS 100%	1,32	32,77		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,16			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.653,47	205,75	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.447,72	
conta salário: 000744762001-8			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.200,00	2.521,47	2.521,47	201,71	1.956,67	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8663	LUIZ CARLOS DA SILVA	514320	7	1
AUX. SERV. DIVERSOS		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.200,00	205,75	
203	AJUDA DE CUSTO	132,00	132,00		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	6,30		
200	HORAS EXTRAS 100%	1,32	32,77		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,16			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.653,47	205,75	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.447,72	
conta salário: 000744762001-8			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.200,00	2.521,47	2.521,47	201,71	1.956,67	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0756 / 00000020740-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA
CPF/CNPJ:	464.603.108-66
Valor:	R\$ 3.138,90
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138654
Chave de segurança:	LXQ634PE8G0RQHFLF

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8623	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	533,00	533,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	7,70	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	40,05	
998	I.N.S.S.	8,68		264,95
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		17,04
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761687-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.584,15		445,25	
Valor Líquido	➡	3.138,90	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.051,15	3.051,15	244,09	2.486,35	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 27 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8623	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	533,00	533,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	7,70	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	40,05	
998	I.N.S.S.	8,68		264,95
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		17,04
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761687-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.584,15		445,25	
Valor Líquido	➡	3.138,90	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.051,15	3.051,15	244,09	2.486,35	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 27 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

____/____/____



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	4562 / 00000093465-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ
CPF/CNPJ:	093.450.677-95
Valor:	R\$ 1.538,85
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138659
Chave de segurança:	PQQS1GZ3P3ZJRK7C

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8711	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ	223505	8	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 19/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.554,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	112,96	
998	I.N.S.S.	7,73		128,91

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761996-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.667,76		128,91	
Valor Líquido	➡	1.538,85	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	1.667,76	1.667,76	133,42	1.102,96	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8711	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ	223505	8	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 19/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.554,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	112,96	
998	I.N.S.S.	7,73		128,91

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761996-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
1.667,76		128,91	
Valor Líquido	➡	1.538,85	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	1.667,76	1.667,76	133,42	1.102,96	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000010256-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SARAH VITORIA MATOS
CPF/CNPJ:	489.622.968-10
Valor:	R\$ 2.114,18
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138660
Chave de segurança:	Y3A9PNNLTQV082ZG

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8583	SARAH VITORIA MATOS	252305	7	1
ASSISTENTE DE DIRETORIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.300,00			
998	I.N.S.S.	8,08		185,82		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.300,00	185,82		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761951-6 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.114,18		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.300,00		2.300,00	2.300,00	184,00	1.735,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8583	SARAH VITORIA MATOS	252305	7	1
ASSISTENTE DE DIRETORIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.300,00			
998	I.N.S.S.	8,08		185,82		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.300,00	185,82		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761951-6 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.114,18		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.300,00		2.300,00	2.300,00	184,00	1.735,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000013612-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	NICOLE DA CRUZ LOPES
CPF/CNPJ:	486.733.988-19
Valor:	R\$ 4.475,89
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138666
Chave de segurança:	3VN2A9XRGF3K8XTY

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8611	NICOLE DA CRUZ LOPES	223405	7	1
FARMACEUTICO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.629,83	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	125,17	
203	AJUDA DE CUSTO	250,32	250,32	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	170,56	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,05	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	10,74	
200	HORAS EXTRAS 100%	19,01	852,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	53,71	
998	I.N.S.S.	10,46		536,35
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		363,33

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761978-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
5.375,57		899,68	
Valor Líquido	➡	4.475,89	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	5.125,25	5.125,25	410,02	4.560,45	22,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8611	NICOLE DA CRUZ LOPES	223405	7	1
FARMACEUTICO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.629,83	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	125,17	
203	AJUDA DE CUSTO	250,32	250,32	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	170,56	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,05	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	10,74	
200	HORAS EXTRAS 100%	19,01	852,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	53,71	
998	I.N.S.S.	10,46		536,35
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		363,33

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761978-8

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
5.375,57		899,68	
Valor Líquido	➡	4.475,89	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	5.125,25	5.125,25	410,02	4.560,45	22,50

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	3880 / 1288 / 000906647637-6

Nome destinatário:	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 1.875,63

Data de débito:	07/08/2024
Data/hora da operação:	07/08/2024 16:55:13

Código da operação:	547391838
Chave de segurança:	PYT36EX4YG8E7TNY

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8695	GEOVANA ROSA DOS SANTOS	515210	31	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 08/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.265,00	137,66	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,24		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,00	236,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51		
998	I.N.S.S.	7,80			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.764,93	137,66	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	1.627,27	
conta salário: 000744762022-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.764,93	1.764,93	141,19	1.200,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8695	GEOVANA ROSA DOS SANTOS	515210	31	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 08/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.265,00	137,66	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,24		
200	HORAS EXTRAS 100%	11,00	236,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51		
998	I.N.S.S.	7,80			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.764,93	137,66	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	1.627,27	
conta salário: 000744762022-0			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	1.764,93	1.764,93	141,19	1.200,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000016508-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LAIS DOS SANTOS CHAVES
CPF/CNPJ:	051.267.932-09
Valor:	R\$ 3.086,73
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138674
Chave de segurança:	MJEUUNZSL625QCH6

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8642	LAIS DOS SANTOS CHAVES	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	272,10	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	1,50	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	79,70	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	28,24	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,45	366,61	
998	I.N.S.S.	9,07		312,96
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		51,52

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762002-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.451,21		364,48	
Valor Líquido	➡	3.086,73	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.451,21	3.451,21	276,09	2.886,41	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8642	LAIS DOS SANTOS CHAVES	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	272,10	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	1,50	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	79,70	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	28,24	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,45	366,61	
998	I.N.S.S.	9,07		312,96
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		51,52

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762002-6

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.451,21		364,48	
Valor Líquido	➡	3.086,73	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.451,21	3.451,21	276,09	2.886,41	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000014591-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS
CPF/CNPJ:	120.530.094-54
Valor:	R\$ 3.070,16
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138675
Chave de segurança:	SRVSUZTQPG483G99

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8645	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	68,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	53,42	356,54	
998	I.N.S.S.	9,05		310,23
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		48,12

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761994-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.428,51		358,35	
Valor Líquido	➡	3.070,16	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.428,51	3.428,51	274,28	2.863,71	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8645	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	68,57	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	53,42	356,54	
998	I.N.S.S.	9,05		310,23
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		48,12

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761994-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.428,51		358,35	
Valor Líquido	➡	3.070,16	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.428,51	3.428,51	274,28	2.863,71	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000016802-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	PAULA SILVA TORRES
CPF/CNPJ:	453.887.278-40
Valor:	R\$ 2.322,70
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138679
Chave de segurança:	XS3U9CWPFQPGJA11

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8590	PAULA SILVA TORRES	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,87	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,38	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,11	238,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,00	261,95	
998	I.N.S.S.	8,16		206,44

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761977-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.529,14		206,44	
Valor Líquido	➡	2.322,70	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	2.529,14	2.529,14	202,33	1.964,34	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8590	PAULA SILVA TORRES	515210	7	1
AUXILIAR DE FARMACIA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,87	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,38	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,11	238,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,00	261,95	
998	I.N.S.S.	8,16		206,44

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761977-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.529,14		206,44	
Valor Líquido	➡	2.322,70	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.650,00	2.529,14	2.529,14	202,33	1.964,34	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0323 / 00000068864-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA
CPF/CNPJ:	105.585.596-38
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138559
Chave de segurança:	N8M17452GR564EP8

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

8628

NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA

322205

7

1

TEC. ENFERMAGEM

Admissão:

01/07/2024

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
998	I.N.S.S.	8,63		259,22		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.003,40	272,68		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761973-7 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.730,72		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00		3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

8628

NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA

322205

7

1

TEC. ENFERMAGEM

Admissão:

01/07/2024

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
998	I.N.S.S.	8,63		259,22		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			3.003,40	272,68		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761973-7 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.730,72		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00		3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000023936-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SUZIELE DA SILVA ROCHA
CPF/CNPJ:	081.681.544-52
Valor:	R\$ 3.125,98
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138682
Chave de segurança:	YVV5PYQQZL89ZA6G

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8649	SUZIELE DA SILVA ROCHA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	80,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,03	420,68	
998	I.N.S.S.	9,11		319,41
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		59,59

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761945-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.504,98		379,00	
Valor Líquido	➡	3.125,98	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.504,98	3.504,98	280,39	2.940,18	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8649	SUZIELE DA SILVA ROCHA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	80,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,03	420,68	
998	I.N.S.S.	9,11		319,41
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		59,59

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761945-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.504,98		379,00	
Valor Líquido	➡	3.125,98	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.504,98	3.504,98	280,39	2.940,18	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5909 / 00000008183-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA
CPF/CNPJ:	269.625.168-19
Valor:	R\$ 3.055,80
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138683
Chave de segurança:	GZY7462EQ1C9H5PC

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8702	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	223405	31	1
FARMACEUTICO RT		Admissão: 12/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	19,00	3.230,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	178,85	
998	I.N.S.S.	9,03		307,88
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		45,17

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751723-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.408,85		353,05	
Valor Líquido	➡	3.055,80	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
5.100,00	3.408,85	3.408,85	272,70	2.844,05	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8702	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	223405	31	1
FARMACEUTICO RT		Admissão: 12/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	19,00	3.230,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	178,85	
998	I.N.S.S.	9,03		307,88
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		45,17

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744751723-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.408,85		353,05	
Valor Líquido	➡	3.055,80	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
5.100,00	3.408,85	3.408,85	272,70	2.844,05	15,00

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	8032 / 00000042030-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES
CPF/CNPJ:	407.511.418-01
Valor:	R\$ 4.758,21
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138684
Chave de segurança:	EWFZVCV5TX2YZCQJ

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8606	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES	223405	7	1
FARMACEUTICO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.755,00	
203	AJUDA DE CUSTO	146,02	146,02	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	166,50	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	109,65	
200	HORAS EXTRAS 100%	19,30	865,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,55	570,17	
998	I.N.S.S.	10,85		623,74
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		513,59

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762038-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
5.895,54		1.137,33
Valor Líquido	➡	4.758,21

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	5.749,52	5.749,52	459,96	5.125,78	27,50

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8606	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES	223405	7	1
FARMACEUTICO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.755,00	
203	AJUDA DE CUSTO	146,02	146,02	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	166,50	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	109,65	
200	HORAS EXTRAS 100%	19,30	865,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,55	570,17	
998	I.N.S.S.	10,85		623,74
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		513,59

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762038-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
5.895,54		1.137,33
Valor Líquido	➡	4.758,21

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.755,00	5.749,52	5.749,52	459,96	5.125,78	27,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	380 - PICPAY SERVICOS S.A. - 22896431
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00091311684-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS
CPF/CNPJ:	372.418.278-30
Valor:	R\$ 2.436,71
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138687
Chave de segurança:	S3S7C5R3UHA9J8HL

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8666	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,90	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	52,43	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,03	249,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	60,36	272,61	
998	I.N.S.S.	8,20		217,71

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762031-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
2.654,42		217,71
Valor Líquido	➡	2.436,71

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.654,42	2.654,42	212,35	2.089,62	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8666	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,90	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	52,43	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,03	249,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	60,36	272,61	
998	I.N.S.S.	8,20		217,71

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762031-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
2.654,42		217,71
Valor Líquido	➡	2.436,71

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.654,42	2.654,42	212,35	2.089,62	0,00

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 4213 / 1288 / 000816139318-2

Dados do Destinatário

Nome: JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COST

Valor: R\$ 2.479,88

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071802

Chave de Segurança: 8HFE152HKQGCAVHC

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8691	JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
998	I.N.S.S.	8,26		223,18

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761679-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.703,06		223,18	
Valor Líquido	➡	2.479,88	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.703,06	2.703,06	216,24	2.138,26	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8691	JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
998	I.N.S.S.	8,26		223,18

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761679-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.703,06		223,18	
Valor Líquido	➡	2.479,88	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.703,06	2.703,06	216,24	2.138,26	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000024100-8
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS
CPF/CNPJ:	816.263.985-34
Valor:	R\$ 2.730,72
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138483
Chave de segurança:	F9RY70YU82QV8KTM

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8630	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	90,70	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761946-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8630	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	90,70	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	9,41	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761946-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.003,40		272,68	
Valor Líquido	➡	2.730,72	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00043905107-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA
CPF/CNPJ:	333.645.528-60
Valor:	R\$ 1.875,63
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138613
Chave de segurança:	0AR4MRUKH6JPQE7V

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,13	367,95	
998	I.N.S.S.	9,06		311,87
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,16

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762019-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.442,11		362,03	
Valor Líquido	➡	3.080,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.442,11	3.442,11	275,36	2.877,31	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,13	367,95	
998	I.N.S.S.	9,06		311,87
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,16

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762019-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.442,11		362,03	
Valor Líquido	➡	3.080,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.442,11	3.442,11	275,36	2.877,31	15,00

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1883 / 1288 / 000756751648-0

Dados do Destinatário

Nome: FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA

Valor: R\$ 3.093,27

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071656

Chave de Segurança: YSU18XAVQG61W2V3

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8638	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,40	383,10	
998	I.N.S.S.	9,08		314,03
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		52,87

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744757375-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.460,17		366,90	
Valor Líquido	➡	3.093,27	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.460,17	3.460,17	276,81	2.895,37	15,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8638	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,40	383,10	
998	I.N.S.S.	9,08		314,03
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		52,87

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744757375-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.460,17		366,90	
Valor Líquido	➡	3.093,27	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.460,17	3.460,17	276,81	2.895,37	15,00

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000758729069-0

Dados do Destinatário

Nome: JOSILEIA DE FREITAS SILVA

Valor: R\$ 4.017,40

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071656

Chave de Segurança: NTZ3A0TN73LZZZR1

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8600	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	101,29	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,37	526,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	10,22		490,45
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,57

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762007-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.797,42		780,02	
Valor Líquido	➡	4.017,40	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.797,42	4.797,42	383,79	4.232,62	22,50

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8600	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	101,29	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,37	526,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	10,22		490,45
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,57

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762007-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.797,42		780,02	
Valor Líquido	➡	4.017,40	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.797,42	4.797,42	383,79	4.232,62	22,50

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1350 / 3701 / 000590451185-6

Dados do Destinatário

Nome: MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA

Valor: R\$ 2.326,15

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071658

Chave de Segurança: XS3A4WF5SC0MLQGX

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8615	MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	206,78	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	80,73		
200	HORAS EXTRAS 100%	18,59	419,80		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,16			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.532,93	206,78	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761993-1 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.326,15	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.532,93	2.532,93	202,63	1.968,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8615	MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	206,78	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	80,73		
200	HORAS EXTRAS 100%	18,59	419,80		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	8,16			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.532,93	206,78	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761993-1 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.326,15	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.532,93	2.532,93	202,63	1.968,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1350 / 3701 / 000586216487-8

Dados do Destinatário

Nome: RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.448,60

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071658

Chave de Segurança: GWYHYL9FWW8S3QU3

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8655	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	48,42	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,02	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,15	251,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	62,19	280,88	
998	I.N.S.S.	8,21		218,91

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761663-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.667,51		218,91	
Valor Líquido	➡	2.448,60	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.667,51	2.667,51	213,40	2.102,71	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8655	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	48,42	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,02	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,15	251,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	62,19	280,88	
998	I.N.S.S.	8,21		218,91

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761663-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.667,51		218,91	
Valor Líquido	➡	2.448,60	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.667,51	2.667,51	213,40	2.102,71	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	3178 / 00001092413-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO
CPF/CNPJ:	215.877.698-67
Valor:	R\$ 3.607,62
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138521
Chave de segurança:	6L2UKGYE8A342EM3

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8603	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

000744761664-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8603	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	9,65		402,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		159,25

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

000744761664-9

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
4.169,40		561,78	
Valor Líquido	➡	3.607,62	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.169,40	4.169,40	333,55	3.604,60	15,00

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000758285461-7

Dados do Destinatário

Nome: RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO

Valor: R\$ 2.656,08

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071659

Chave de Segurança: R7R5W281TZNUQF9Y

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8648	RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,51		247,21

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761959-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.903,29		247,21	
Valor Líquido	➡	2.656,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.903,29	2.903,29	232,26	2.338,49	7,50

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8648	RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99	
998	I.N.S.S.	8,51		247,21

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761959-1

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.903,29		247,21	
Valor Líquido	➡	2.656,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.903,29	2.903,29	232,26	2.338,49	7,50

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 4895 / 1288 / 000821804574-9

Dados do Destinatário

Nome: ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO

Valor: R\$ 4.918,39

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071659

Chave de Segurança: 0G0FXKPUHMLUGYY1

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8679	ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO		223505	7	1	
	COORD. ENFERMAGEM		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	5.100,00			
203	AJUDA DE CUSTO	211,65	211,65			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	83,53			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	0,14			
200	HORAS EXTRAS 100%	8,07	434,36			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,07	0,75			
998	I.N.S.S.	10,93		644,98		
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		549,46		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761963-0 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			6.112,83	1.194,44		
			Valor Líquido ➡	4.918,39		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
5.100,00	5.901,18	5.901,18	472,09	5.256,20	27,50	

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8679	ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO		223505	7	1	
	COORD. ENFERMAGEM		Admissão:		01/07/2024	
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	5.100,00			
203	AJUDA DE CUSTO	211,65	211,65			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	83,53			
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	0,14			
200	HORAS EXTRAS 100%	8,07	434,36			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,07	0,75			
998	I.N.S.S.	10,93		644,98		
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		549,46		
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761963-0 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			6.112,83	1.194,44		
			Valor Líquido	4.918,39		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF	
5.100,00	5.901,18	5.901,18	472,09	5.256,20	27,50	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000760059504-5

Dados do Destinatário

Nome: ALINE MOREIRA LINO BATISTA

Valor: R\$ 1.907,41

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071801

Chave de Segurança: THA87NENWGMECC1U

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8612	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	165,37	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	6,51		
200	HORAS EXTRAS 100%	1,50	33,87		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,98			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.072,78	165,37	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	1.907,41	
conta salário: 000744762054-9			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.072,78	2.072,78	165,82	1.507,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8612	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	165,37	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	6,51		
200	HORAS EXTRAS 100%	1,50	33,87		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
998	I.N.S.S.	7,98			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.072,78	165,37	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	1.907,41	
conta salário: 000744762054-9			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.072,78	2.072,78	165,82	1.507,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	536 - NEON PAGAMENTOS S.A INST DE PAGAMENTO - 20855875
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0655 / 00007006143-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RUTIERI ROCHA DA SILVA
CPF/CNPJ:	331.054.368-47
Valor:	R\$ 2.479,88
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138688
Chave de segurança:	5AUNKXXYUZX7T6SH

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8689	RUTIERI ROCHA DA SILVA	322205	42	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
998	I.N.S.S.	8,26		223,18

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761961-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.703,06		223,18	
Valor Líquido	➡	2.479,88	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.703,06	2.703,06	216,24	2.138,26	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8689	RUTIERI ROCHA DA SILVA	322205	42	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16	
998	I.N.S.S.	8,26		223,18

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761961-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
2.703,06		223,18	
Valor Líquido	➡	2.479,88	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.703,06	2.703,06	216,24	2.138,26	0,00

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 1350 / 1288 / 000760502546-8

Dados do Destinatário

Nome: MIDIAN X MAGALHAES

Valor: R\$ 4.036,35

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071802

Chave de Segurança: XG9FP5F34KELWAX9

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8602	MIDIAN XAVIER MAGALHAES	223505	42	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	106,11		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	59,55	551,75		
998	I.N.S.S.	10,25		494,63	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		296,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.827,26	790,91	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761982-6 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.036,35	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.827,26	4.827,26	386,18	4.262,46	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8602	MIDIAN XAVIER MAGALHAES	223505	42	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	106,11		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	59,55	551,75		
998	I.N.S.S.	10,25		494,63	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		296,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.827,26	790,91	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761982-6 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.036,35	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.827,26	4.827,26	386,18	4.262,46	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 09/09/2024 às 15:57:15

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000519-1

Conta Destino: 3586 / 1288 / 000870415494-9

Dados do Destinatário

Nome: IDIRLEI FERNANDO DE MELO

Valor: R\$ 2.828,97

Informações do Pagamento

Data da Transação: 07/08/2024

Código da Operação: 071802

Chave de Segurança: J2P5S0U9851YCHGM

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8688	IDIRLEI FERNANDO DE MELO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90		
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	350,40	350,40		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	32,86		
200	HORAS EXTRAS 100%	4,53	151,17		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16		
998	I.N.S.S.	8,50		245,26	
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.237,49	408,52	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762015-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.828,97	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.887,09	2.887,09	230,96	2.322,29	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8688	IDIRLEI FERNANDO DE MELO	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 04/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	2.448,90		
202	REEMB DE VALE TRANSPORTE	350,40	350,40		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	32,86		
200	HORAS EXTRAS 100%	4,53	151,17		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16		
998	I.N.S.S.	8,50		245,26	
48	VALE TRANSPORTE	6,00		163,26	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.237,49	408,52	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762015-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	2.828,97	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	2.887,09	2.887,09	230,96	2.322,29	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00084.900141 59845.140009 7 97990000106250
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FINANCRED SECURITIZADORA S A
Nome/Razão Social:	FINANCRED SECURITIZADORA S A
CPF/CNPJ:	53.845.171/0001-88
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	ANTONIO DE OLIVEIRA PAPELARIA
CPF/CNPJ:	21.941.008/0001-22
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	05/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.062,50
Juros (R\$):	7,44
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	21,25
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.091,19
Valor Pago (R\$):	1.091,19

Data/hora da operação:	08/08/2024 11:18:17
------------------------	---------------------

Código da operação:	021085794
Chave de segurança:	YQ6MZ6GVCPPTFQ08

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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.778172 1 97990000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	05/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	3,75
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	483,75
Valor Pago (R\$):	483,75

RECEBEMOS DE ANTONIO DE OLIVEIRA PAPELARIA, ARTESATOS E PRESENTES OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000015043 SÉRIE 001
EMISSION: 08/07/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 1.062,50		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  ANTONIO DE OLIVEIRA PAPELARIA, ARTESATOS E PRESENTES CNPJ: 21.941.008/0001-22 Inscr. Est.: 438.336.756.111 Av. João Ramalho, 1799 - Parque São Jorge - Tel. (14) 3301-4351 CEP 17520240 - Marília - SP - gfernandes_oliveira@hotmail.com		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000015043 fl. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 3524 0721 9410 0800 0122 5500 1000 0150 4311 6886 6196 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241456597150 08/07/2024 10:56:27			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 438336756111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 21.941.008/0001-22	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02		08/07/2024	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03			BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400	
MUNICÍPIO LINS			FONE / FAX		DATA SAÍDA / ENTRADA	
			UF SP		HORA DA SAÍDA	

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	05/08/2024	1.062,50									

CÁLCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		1.062,50	
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		1.062,50

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

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	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	
DIS-009	DISPLAY A4 VERTICAL NOVACRIL	39205100	0102	5102	UN	85,00	12,50	1.062,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DANFE PARA TODAS AS OPERACOES CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	

Data/hora da operação: 08/08/2024 15:45:20

Código da operação: 021180682

Chave de segurança: 7JZXRF3UWYAUG92
--

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 DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
	0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.012.464 SÉRIE 001 FOLHA 1/1	1 3524 0737 8340 1200 0121 5500 1000 0124 6410 0014 5217 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

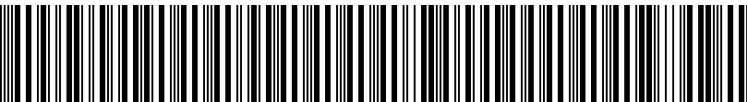
1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use modo
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita do
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00003.778172 1 97990000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003778-7	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003756	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 05/08/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 06.08.2024 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 00003.778172 1 97990000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 05/08/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 10/07/2024	Nr. do documento 003756	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 19/07/2024	Nosso número 32905220000003778-7
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 06.08.2024 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 480,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	07790.00116 12071.050699 00159.911478 1 98020000007780
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO INTER S/A
Código do Banco:	077
Código do ISPB:	00416968
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C
Nome/Razão Social:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C
CPF/CNPJ:	67.251.314/0001-38
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTR
CPF/CNPJ:	67.251.314/0001-38
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C
CPF/CNPJ:	67.251.314/0001-38
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
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:	08/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	08/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	77,80
Juros (R\$):	0,00

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	77,80
Valor Pago (R\$):	77,80

Data/hora da operação:	08/08/2024 20:06:28
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	021278249
Chave de segurança:	F1EXNEXSPT38MXC7

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

RECEBEMOS DE KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.001.689 SÉRIE: 1	
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	



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 000.001.689
SÉRIE: 1
Página: 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO
3524 0867 2513 1400 0138 5500 1000 0016 8910 0001 6675
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 135241658574232 01/08/2024 10:44:57													
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421007903113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. CNPJ 67.251.314/0001-38													
DESTINATÁRIO / REMETENTE															
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02													
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS													
MUNICÍPIO GARÇA		CEP 17.402-064													
FONE / FAX 11973681416		UF SP													
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA ENTRADA / SAÍDA 10:44:00													
FATURA / DUPLICATA 001-1 77,80 08/08/2024															
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 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 25,21													
VALOR TOTAL DA NOTA 77,80		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 77,80													
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS															
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 3 - Remetente													
ENDEREÇO		CÓDIGO ANTT													
MUNICÍPIO		PLACA DO VEÍCULO													
QUANTIDADE		UF													
ESPÉCIE		CNPJ / CPF													
MARCA		INSCRIÇÃO ESTADUAL													
NUMERAÇÃO		UF													
PESO BRUTO		INSCRIÇÃO ESTADUAL													
PESO LÍQUIDO		INSCRIÇÃO ESTADUAL													
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
201	MINI PROLONGADOR 3/4 COM SEXTAVADO INTERNO ROCO	7899786804710	74122000	0102	5102	UN	1,0000	9,0000	9,00	2,89		0,00			
9390	BUCHA AUMENTO 1/2 X 3/4 AMARELO 10863E	7893308005869	39174090	0500	5405	UN	1,0000	9,9000	9,90	3,11		0,00			
4884	BENJAMIM TEE 2P + T PARA 2P	9781000048841	85366990	0500	5405	UN	2,0000	5,0000	10,00	3,60		0,00			
7226	TEE BRANCO 3/4 AMANCO	7891960112222	39174090	0500	5405	UN	2,0000	4,5000	9,00	2,83		0,00			
12449	NIPLE ROSCAVEL BRANCO 3/4 PLASTILIT		39174090	0500	5405	UN	2,0000	1,0000	2,00	0,63		0,00			
12450	PLUG ROSCAVEL BRANCA 3/4 PLASTILIT		85441100	0500	5405	UN	1,0000	1,0000	1,00	0,31		0,00			
12945	VEDA ROSCA 18MM X 50M TIGRE	7897613336960	39201010	0500	5405	UN	1,0000	12,0000	12,00	3,94		0,00			
5783	NIPLE LATAO CROMADO MR 1/2X3/4METAL	9781000057836	74122000	0102	5102	UN	1,0000	9,9000	9,90	3,18		0,00			
9366	NIPLE METAL 3/4X1/2 GARDEN CROMADO	7893308006002	39174090	0500	5405	UN	1,0000	15,0000	15,00	4,72		0,00			

CALCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
DADOS ADICIONAIS			
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 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA		RESERVADO AO FISCO	



Boleto Pix
R\$ 77,80

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Vencimento

08/08/2024

Valor do Documento

77,80

Agência / Código do Beneficiário

00019/246019670

Nosso Número / Cód. do Documento

00019/112/9001599114-7

Autenticação Mecânica



077-9

07790.00116 12071.050699 00159.911478 1 98020000007780

Local De Pagamento

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO

Vencimento

08/08/2024

Beneficiário

67.251.314/0001-38 - KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C

Agência / Código do Beneficiário

00019/246019670

Data do Documento

01/08/2024

Nº do Documento

1689-1

Espécie Documento

DM

Aceite

NÃO

Data de Processamento

01/08/2024

Nosso Número / Cód. do Documento

00019/112/9001599114-7

Uso do banco

Carteira

112

Espécie Moeda

BRL

Quantidade Moeda

Valor Moeda

Valor do Documento

77,80

Informações de responsabilidade do beneficiário

MULTA DE 3% EM 09/08/2024.MORA DE 3% A PARTIR DE 09/08/2024.

Data Limite para pagamento: 07/10/2024

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) 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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	6845 / 00000031205-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	PROSPERER LTDA
CPF/CNPJ:	10.899.196/0001-51
Valor:	R\$ 1.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:19:58

Código da operação:	00112240
Chave de segurança:	UKUR4ZKQZY3K0YPY

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

15107597TR



Nº Nota

91

Série 2

Nº RPS:

-

Data de Emissão

01/AGO/2024 - 11:31:35

Competência

08/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOSRazão 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 SERVIÇOSRazão 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\$ 1.000,00Local 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\$)	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	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	1.000,00	2,00	20,00	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:

15107597TR

Número da Nota:

91

Local

Data

Assinatura



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0049 / 00000059420-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	TH ENGENHARIA CLINICA
CPF/CNPJ:	42.160.334/0001-72
Valor:	R\$ 4.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:20:17

Código da operação:	00112303
Chave de segurança:	YRXL6U16LZ6MFYY2

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20240801u42160334000172

Número da Nota

00000235

Data e Hora de Emissão

01/08/2024 11:35:11

Código de Verificação

6WX6-CJRE

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72

Nome/Razão Social: TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA

Endereço: AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930

Município: São Paulo

Inscrição Municipal: 6.958.531-8

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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

Município: Garça

Inscrição Municipal: ----

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

PERIODO jul/24

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 transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1751 / 00000099790-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	NUMERA ASSESSORIA
CPF/CNPJ:	53.504.385/0001-90
Valor:	R\$ 8.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:20:35

Código da operação:	00112392
Chave de segurança:	AGFY8MPGYZ8QM4GW

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

1510802411



Nº Nota

36

Série 2

Nº RPS:

-

Data de Emissão

01/AGO/2024 - 11:53:11

Competência

08/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **NUMERA ASSESSORIA CONTABIL**Nome Fantasia: **NUMERA ASSESSORIA CONTABIL**CNPJ/CPF: **53.504.385/0001-90**Endereço: **RUA DOUTOR JOAO BAPTISTA CARRI, 134**Complemento **Não Informado**Município: **São Carlos**E-mail: **KELBELTRAMI@GMAIL.COM**Insc. Municipal: **102712**

Insc. Estadual:

Bairro: **PQ RES MARIA**UF: **SP**CEP: **13.568-410**País: **BRASIL**

Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CNPJ/CPF: **45.349.461/0001-02**Endereço: **R DR ORLANDO T SANTOS, 50**

Complemento:

Município: **GARÇA**E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Bairro: **WILLIAMS**UF: **SP**CEP: **17.402-064**País: **BRASIL**Telefone: **(16) 3374-8438****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

servico de assessoria contabil

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

PERIODO jul/24

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\$)
0,00	0,00	8.000,00	3,00	240,00
				Valor Líquido da Nota (R\$)
				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 CONTABILI SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:

1510802411

Número da Nota:

36

Local

Data

Assinatura



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000041210-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	LOUVPAR COM DE PARAFUSOS
CPF/CNPJ:	10.912.856/0001-97
Valor:	R\$ 173,40
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:20:57

Código da operação:	00112490
Chave de segurança:	49C6W2SHYSVHH1SR

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

RECEBEMOS DE LOUVPAR COM. DE PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA ME OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

EMISSION: 22/07/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 173,40

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.000.815

SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

LOUVPAR

PARAFUSOS E FERRAMENTAS

LOUVPAR COM. DE PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA ME

RUA GABRIEL SCOCCO, 53 - SANTO ANTÔNIO - LOUVEIRA CEP 13.290-000

TEL.: (19) 3848-4819

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº 000.000.815 fl. 1 / 1

SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO

3524 0710 9128 5600 0197 5500 1000 0008 1517 9886 8437

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

135241583024470 23/07/2024 10:20:37

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

421085630115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

10.912.856/0001-97

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

MUNICÍPIO

GARÇA

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

10:08:48

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

22/07/2024

DATA SAÍDA / ENTRADA

23/07/2024

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	06/08/2024	173,40									

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	57,48	173,40
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	173,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

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 DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR LC.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS IPI
2089	PAR.SEXT 8X50 - ZB*	73181500	0500	5405	CT	0,100	215,00	21,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
9523	CHAVE INGLESA 10*	82041200	0500	5405	PC	1,000	59,90	59,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
4093	PAR.CHIP CH 5X60*	73181200	0500	5405	CT	0,100	29,999	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
1065	BUCHA C/ABA 8*	39209990	0500	5405	CT	0,100	30,001	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
3227	CADEADO E-20MM GOLD*	83011000	0500	5405	PC	1,000	18,999	19,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
1529	BROCA ACO RAP 8,00MM*	82075011	0500	5405	PC	1,000	24,999	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
2013	BROCA VIDEA 5 - 3/16"	82075011	0500	5405	PC	1,000	11,999	12,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
2018	BROCA VIDEA 8 MM - 5/16"	82075011	0500	5405	PC	1,000	16,998	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
2015	BROCA VIDEA 6MM*	82075011	0500	5405	PC	1,000	12,9998	13,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO DE CREDITO FISCAL DE ISS E IPI CONFORME LEI 123/2006 E RESOLUCOES CGN 10 DE 28/06/2007."Valor aproximado dos tributos Federal R\$ 26.27 e Estadual R\$ 31.21 Fonte IBPT/empresometro.com.br 3501D1.
DADOS PARA DEPOSITO BANCO BRADESCO AG.2388 C/C 41210-4 *

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Emitido por: ManagerPlus - Software House: Firstin Informática - (19) 3886-3141 - comercial@firstin.com.br



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00935507547-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ARGEMIRO ALVES DA SILVA
CPF/CNPJ:	54.840.887/0001-55
Valor:	R\$ 4.391,20
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:21:39

Código da operação:	00112568
Chave de segurança:	66P31ZQRJJGZ5LF0

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



Chave de Acesso da NFS-e

412810422548408870001550000000000224080307911016

Número da NFS-e

2

Competência da NFS-e

01/08/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e

01/08/2024 17:22:49

Número da DPS

2

Série da DPS

900

Data e Hora da emissão da DPS

01/08/2024 17:22:49



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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF

54.840.887/0001-55

Inscrição Municipal

-

Telefone

(44) 9168-1615

Nome / Nome Empresarial

54.840.887 ARGEMIRO ALVES DA SILVA JUNIOR

E-mail

ARGEMIROALVESJR@HOTMAIL.COM

Endereço

JOSE HONORIO RAMOS, 4572, ZONA II

Município

Umuarama - PR

CEP

87502-230

Simples Nacional na Data de Competência

Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN

-

TOMADOR DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e
INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional

04.06.01 - Enfermagem, inclusive serviços auxiliares.

Código de Tributação Municipal

-

Local da Prestação

Louveira - SP

País da Prestação

-

Descrição do Serviço

Prestação de serviços administrativos no cargo de diretor administrativo no Hospital Santo Antônio de Louveira/SP

Contrato de Gestão 001/2024

Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

Valor: R\$ 4.391,20

Referência (16/07 a 31/07);

Vencimento 05/08

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço

-

Município de Incidência do ISSQN
Umuarama - PRRegime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade

-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão

-

Benefício Municipal

-

Valor do Serviço

R\$ 4.391,20

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\$ 4.391,20

Desconto Condicionado

R\$

Desconto Incondicionado

R\$

ISSQN Retido

-

IRRF, CP,CSLL - Retidos

R\$ 0,00

PIS/COFINS Retidos

-

Valor Líquido da NFS-e

R\$ 4.391,20

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
R\$ 0,00Estaduais
R\$ 0,00Municipais
R\$ 0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0049 / 00000052941-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	GESTARES SERVICOS COMBINADOS
CPF/CNPJ:	34.298.678/0001-14
Valor:	R\$ 32.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:22:14

Código da operação:	00112761
Chave de segurança:	7KNTZXCU696VR23U

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

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

15117799BP



Nº Nota

202

Série 2

Nº RPS:

-

Data de Emissão

02/AGO/2024 - 09:52:03

Competência

08/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**

Nome Fantasia:

Insc. Municipal: 92592

Insc. Estadual:

CNPJ/CPF: 34.298.678/0001-14

Endereço: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 2696**

CEP: 13.560-240

Complemento **LOC.. Q.. 002 L.. 029**Bairro: **CENTRO**País: **BRASIL**Município: **São Carlos**UF: **SP**

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**

CEP: 17.402-064

Complemento:

Bairro: **WILLIAMS**País: **BRASIL**Município: **GARÇA**UF: **SP**Telefone: **(14)3532-5198**E-mail: **MCC@MCCASSESSORIA.COM.BR****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Rateios Corporativos

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

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\$)	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\$)
0,00	0,00	32.000,00	3,00	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:

15117799BP

Número da Nota:

202

Local

Data

Assinatura



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00037484277-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MARCOS HENRIQUE SALAZAR CARSTEN
CPF/CNPJ:	55.889.524/0001-77
Valor:	R\$ 6.500,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:19:39

Código da operação:	00112851
Chave de segurança:	J94YHY8UQN8P201G

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



MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e

1

Código de Verificação de Autenticidade

2W4ZPIE44

Data e Hora de Emissão da NFS-e

02/08/2024 às 12:42:19

Chave de Acesso

904840JXYV42OOAGZ6H1NDWF4MO4CR4A

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

Exigível

Número do Processo

Município de Incidência do ISS

PROMISSAO-SP

Local da Prestação

PROMISSAO - SP

Número do RPS

Série do RPS

Tipo do RPS

Data do RPS

Competência

31/07/2024

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

55.889.524/0001-77

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

00009361

Cadastro

00009361

Nome/Razão Social

MARCOS HENRIQUE SALAZAR CARSTEN SERVICOS ADM

Logradouro

PEDRO DE TOLEDO, 1277

Complemento

Q.ANT 149 L.ANT 03

Bairro

CENTRO

CEP

16370-000

Cidade

PROMISSÃO - SP

Telefone

E-mail

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento

45.349.461/0001-02

RG/Inscrição Estadual

Inscrição Municipal

Nome/Razão Social

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Logradouro

RUA DR. ORLANDO T SANTOS, 50

Complemento

Bairro

WILLIAMS

CEP/Cod.Postal

17402-064

Cidade/País

GARCA - SP

Cod. IBGE

3516705

Telefone

14 35325198

E-mail

clsato@ahbb.org.br

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1.0	UN	Serviços Administrativos - Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira	6500.0	R\$ 6.500,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 17.03

Alíquota

Atividade Município

Código CNAE

Código da Obra

Código ART

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: 05/08/2024 R\$ 6.500,00 Doc: 1 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 1 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO 2W4ZPIE44.

Data

CPF/RG

Assinatura

ENC: Nota referente a Julho.

Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>

Sex, 2024-08-02 08:58

Para: financeiro@louveira.ahbb.org.br <financeiro@louveira.ahbb.org.br>

Cc: 'Erica Batista' <ebatista@ahbb.org.br>

 2 anexos (34 KB)

impressaoNF_Julho.pdf; NFSe_904840JXYV42OOAGZ6H1NDWF4MO4CR4A.xml;

Boa tarde

Grupo – recursos humanos

Historio salario PJ

Colocar recorrente tb

Pagamento 5 dia útil

Qq duvia me avise

Imprime o email e coloca como anexo para a Erica ver o nr da conta



Carla Lima Sato

Financeiro

Rua Major Jose Inacio,1942

Centro, São Carlos/SP – 13.560-160

Fone: (16) 3374-8438 Cel.: 99777-4775

De: mcarsten@ahbb.org.br [mailto:mcarsten@ahbb.org.br]

Enviada em: sexta-feira, 2 de agosto de 2024 12:57

Para: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>

Assunto: Nota referente a Julho.

Bom dia. Segue a nota solicitada referente a Julho/24. Dados para depósito: Banco Inter - AG: 0001 - CC: 37484277-9 - PIX: 55889524000177 .



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000010550-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA
CPF/CNPJ:	02.653.791/0001-84
Valor:	R\$ 1.305,70
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

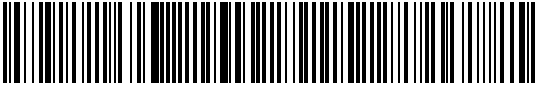
Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 11:21:58

Código da operação:	00113029
Chave de segurança:	9NKH1ZJXTP9Y8CS0

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

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e Nro.: 000.004.702 Serie: 1
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do recebedor	

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 - Saida Nro. Nota: 000.004.702 Serie1 Folha:1 de 2	 Chave de Acesso 3524 0702 6537 9100 0184 5500 1000 0047 0210 1131 7011 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada Protocolo de autorizacao de uso 135241640910606 30/07/2024 14:55:24
Natureza de Operacao VENDA		Inscricao Estadual do Subst. Tributario	
Inscricao Estadual 421.013.569.112		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 30/07/2024
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	407,22	0,00	0,00	1.305,70
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	1.305,70

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 ADICIONAIS	
Informacoes Complementares Nota Fiscal referente ao(s) Pedido(s) 37002901, 37031601, 37112401, 37138901, 37155901, 37176901, 37196301 DADOS BANCARIOS : BANCO BRADESCO 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 CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

VENDAS RESUMIDO

Período de 04/07/2024 até 30/07/2024 - Status: Somente Baixados / Faturados

Dt. Emissão 05/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37002901	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ EDILEIDE		223,00	0,00	0,00	223,00	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				223,00	0,00	0,00	223,00	0,00	0,00	0,00
Dt. Emissão 08/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37031601	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ PAMELA GIOVAN/		30,20	0,00	0,00	30,20	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				30,20	0,00	0,00	30,20	0,00	0,00	0,00
Dt. Emissão 16/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37112401	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ PAMELA GIOVAN/		12,00	0,00	0,00	12,00	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				12,00	0,00	0,00	12,00	0,00	0,00	0,00
Dt. Emissão 18/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37138901	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ JUCILENE		249,90	0,00	0,00	249,90	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				249,90	0,00	0,00	249,90	0,00	0,00	0,00
Dt. Emissão 19/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37155901	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ MARA		289,20	0,00	0,00	289,20	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				289,20	0,00	0,00	289,20	0,00	0,00	0,00
Dt. Emissão 22/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37176901	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ JUCILENE		5,50	0,00	0,00	5,50	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				5,50	0,00	0,00	5,50	0,00	0,00	0,00
Dt. Emissão 23/07/2024										
N. Ped.	N. NFE	Cliente	Vendedor	Tt. Produtos	Desc.	Acresc.	Tt. Bruto	Tt. ST.	Tt. IPI	Tt. FCP ST.
37196301	26101	ASSOCIACAO HOSPITAL/ JUCILENE		495,90	0,00	0,00	495,90	0,00	0,00	0,00
Total do Dia :				495,90	0,00	0,00	495,90	0,00	0,00	0,00
Total Pedidos:		7	Total do Geral :		1.305,70	0,00	0,00	1.305,70	0,00	0,00

1.305,70

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICARDO CHIQUEIRO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP: 13294-416
LOUVLEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA: 18/07/2024 NRO. PEDIDO: 37132981

CODIGO DE BARRA

PRODUTO	QTD.	VL UN	TOTAL
---------	------	-------	-------

608.364092313

SAATCHI 8 PONTAS 61	1,00	249,90	249,90
---------------------	------	--------	--------

SUBTOTAL :			249,90
------------	--	--	--------

TOTAL :			249,90
---------	--	--	--------

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE REABILITACAO DO BR
051

ENDREX: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

REP/CEP: 45.349.461/0001-02

ENDREX: RUA DOCTOR DEBORDO TORO SANTOS, 58

ARILTONS GARCIA SP

RECEBIMOS:

VENDA POR: JUCILENE

DATA/HORA IMPRESSAO: 18/07/2024 14:24

OPERADOR: DALCADO CAIXA: 3

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

Jakeson

SANTA PAULINHA

AVENIDA RICIERI, QUADRA 52
JARDIM SANTO ANTONIO, 11.294-416
LAVELRA FONE: (19) 3578-1130
DATA: 08/07/2024 NRO. FIDUC: 37031601

CODIGO DE BARRA

PRODUTO	QTD.	VL. UN.	TOTAL
---------	------	---------	-------

5415

XEROX 11	52,00	0,50	29,50
----------	-------	------	-------

1327

ENVELOPE 240X340 (	1,00	0,70	0,70
--------------------	------	------	------

SUBTOTAL: 30,20

TOTAL: 30,20

FORMA DE PAGAMENTO:

01 - CASH 30,20

CLIENTE: CLINICA HOSPITALAR REBECCO DO BR
FEL

ENDEREÇO: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

INSC. ESTADUAL: 45.349.461/0001-02

ENDEREÇO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50
JARDIM GARCIA SP

ASSINATURA:

VENDEDOR: PAMELA GIOVANA RIBEIRO DO NASCIMENTO

DATA/HORA IMPRESSÃO: 08/07/2024 15:56

OPERADOR: BALCAO CAIXA: 10

COMPROVANTE DE VENDITA
"SEM VALOR FISCAL"

SANTA PAPELARIA

AVENIDA RUI HERRI - CHOCOLATE, 12
Cidade de Santo Antonio do P. 13294-416
FONE: (19) 3343-1100
CNPJ: 06.780.282/0001-00 NRO. FISCAL: 17002981

COMPROVANTE DE VENDITA

Quantidade Qtde. Valor Total

2000/2000
1000 620 5000 KHZ 1,00 19,90 19,90
2000/2000
EXTRATOR DE CIGARROS 1,00 9,00 9,00
7899150/0100
GRUPO DE CIGARROS 5,00 7,90 39,50
870/301/2000
CIGARRO 301/2000 1,00 53,00 53,00
2000/2000
CIGARRO 301/2000 1,00 29,90 29,90
870/210/0000
CIGARRO 301/2000 1,00 24,90 49,80
2000/2000
CIGARRO 301/2000 1,00 21,90 21,90
2000/2000
TOTAL : 223,00
FORMA DE PAGAMENTO :
01 - FATURA 223,00

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
AS

ENDREÇA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

CNPJ/CPF: 00.349.461/0001-02

ENDREÇO: RUA DOCTOR ORLANDO THOMAS SANTOS, 50

SANTO ANTONIO - SP

Destinatário:

VENDEDOR: LUIZ LUIZ

DATA/HORA IMPRESSÃO: 05/07/2024 13:58

OPERADOR: CHIXA CAIXA: 10

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 23/07/2024 NRO. PEDIDO: 37196301

CODIGO DE BARRA	PRODUTO	QTDE.	VL UN	TOTAL
14588				
7896041967302	PAPEL SULFITE A4 C	1,00	265,00	265,00
751320338723	ETIQUETA TP-19 VER	2,00	6,50	13,00
7896326909911	PULSEIRA IDENTIFIC	1,00	34,90	34,90
7896292293038	ILSOURA ESCOLAR KS	9,00	6,50	58,50
	PRANCHEIA ACRILICA	5,00	24,90	124,50
	SUBTOTAL :			495,90
	TOTAL :			495,90

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: JUCILENE

DATA/HORA IMPRESSAO : 23/07/2024 16:06
OPERADOR : BALCAO CAIXA : 6



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00002903740-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS
CPF/CNPJ:	32.851.281/0001-82
Valor:	R\$ 12.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:52:45

Código da operação:	00129155
Chave de segurança:	2TQJ75J45F61JX0K

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

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LOCADOS – JULHO/2024

Unidade: Hospital Santo Antônio- Município de Louveira/SP

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

Sorocaba, 06 de agosto de 2024.



Guandapar Empreendimentos Ltda
Cristiano R. Guandalini
Administrador

 GUANDAPAR EMPREENDIMIENTOS RECIBO DE LOCAÇÃO				RECIBO DE LOCAÇÃO00092Pag.: 1 of 1 GUANDAPAR EMPREENDIMIENTOS LTDA RUA ALAMEDA DAS MARGARIDAS Nº155 COMP AP Nº 32 CEP: 04383-050JD. SIMUS SOROCABA-SP Fone/Fax: (15) 997685750 E-mail:admguandapar@outlook.com CNPJ: 32.851.281/0001-82Inscr. Estadual:Isenta					
RAZAO SOCIAL / NOME ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 06/08/2024			
ENDERECO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS ,50				BAIRRO WILLIAMS		CEP 17402064			
MUNICIPIO GARÇA				FONE/FAX (14) 3407-5060		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG ISENTO	
NUMERO 0000092		VENCTO 10/08/2024	VALOR 12.000,00	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS					VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL	
AP	1	CR - DIGITALIZADORA					5.000,00	5.000,00	
AP	1	RAIOS-X PORTÁTIL DE 200 KVA					7.000,00	7.000,00	
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA									
Cobr.: Banco:403 Ag.:0001. Cc:2903740-6. PIX CNPJ: 32851281/0001-82 C/ PERIDOO DE LOCAAO MENSAL LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R\$ 255,56 FONTE: IBPT PERÍODO : 01/07/2024 À 31/07/2024. VENCIMENTO: 10/08/2024 - VALOR R\$: 12.000,00									
				VALOR TOTAL: 12.000,00					
Nº 00092		Recebemos de CLEAN MEDICAL COM. E LOC. DE EQUIP HOSP S.A, os serviços constantes neste recibo de locação DataCarimbo/Assinatura							



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Página 1 de 1

CERTIDÃO NEGATIVA DE TRIBUTOS MUNICIPAIS

CERTIDÃO Nº: 0.363.985/24-19

CPF/CNPJ: 32.851.281/0001-82

Nome/Razão Social: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA

**Endereço: ALAMEDA DAS MARGARIDAS, 115 - APARTAMENTO:32;
JARDIM SIMUS
SOROCABA/SP - CEP: 18.055-200**

CERTIFICO, para os devidos fins e efeitos, a requerimento da parte interessada, e a vista dos registros existentes, que NÃO há débitos vinculados ao cadastro fiscal acima até a presente data, ressalvado o direito da Fazenda Municipal exigir os créditos municipais que sejam apurados e vinculados ao cadastro citado.

Certidão emitida às 15:50:10 h, do dia 04/06/2024.

Válida até 05/08/2024.

Código de autenticidade: **DFCE75CAE39009E4**

Para conferir a autenticidade de certidões, utilize o seguinte endereço: www.sorocaba.sp.gov.br e acesse o link "Validar Certidões".

Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 32.851.281/0001-82
Razão Social: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA
Endereço: AL DAS MARGARIDAS 115 AP 32 / JARDIM SIMUS / SOROCABA / SP / 18055-200

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: 29/07/2024 a 27/08/2024

Certificação Número: 2024072919535317962981

Informação obtida em 05/08/2024 16:59:25

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.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: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA
CNPJ: 32.851.281/0001-82

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 11:13:57 do dia 27/05/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 23/11/2024.

Código de controle da certidão: **7898.2E26.2ADA.749F**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Página 1 de 1

CERTIDÃO NEGATIVA DE TRIBUTOS MUNICIPAIS

CERTIDÃO N°: 0.444.834/24-06

CPF/CNPJ: 32.851.281/0001-82

Nome/Razão Social: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA

**Endereço: ALAMEDA DAS MARGARIDAS, 115 - APARTAMENTO:32;
JARDIM SIMUS
SOROCABA/SP - CEP: 18.055-200**

CERTIFICO, para os devidos fins e efeitos, a requerimento da parte interessada, e a vista dos registros existentes, que NÃO há débitos vinculados ao cadastro fiscal acima até a presente data, ressalvado o direito da Fazenda Municipal exigir os créditos municipais que sejam apurados e vinculados ao cadastro citado.

Certidão emitida às 17:20:00 h, do dia 05/08/2024.

Válida até 04/10/2024.

Código de autenticidade: **1F755A2B949395A6**

Para conferir a autenticidade de certidões, utilize o seguinte endereço: www.sorocaba.sp.gov.br e acesse o link "Validar Certidões".

Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 32.851.281/0001-82

Certidão nº: 53648981/2024

Expedição: 05/08/2024, às 16:58:00

Validade: 01/02/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **32.851.281/0001-82**, **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.



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

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

CNPJ Base: 32.851.281

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 59476019

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 05/08/2024 16:54:24

(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>



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0032 / 00000026224-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO
CPF/CNPJ:	25.134.494/0001-28
Valor:	R\$ 9.000,42
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:53:01

Código da operação:	00129322
Chave de segurança:	ESJVP7YEJSYGRJXM

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

		TDR CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO LTDA CNPJ Nº 25.134.494/0001-28 AVENIDA BENTO DA SILVA BUENO, Nº1076 – PARAÍSO (POLVILHO) CEP 07793-690 - CAJAMAR – SÃO PAULO		Fatura Nº 954/24	
				Emissão	05/08/2024
DESTINATÁRIO					
Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
Endereço: Rua Dr. Orlando Thiago Santos, 50					
Bairro: Willians		Cidade: Louveira/SP			
CEP: 06.401-120		Inscrição Municipal: ISENT0			
CNPJ: 45.349.461/0001-02		Telefone:			
CONTRATO:		PAGAMENTO:			
LOCAÇÃO E		Forma de Pagamento:		Vencimento	
HIGIENIZAÇÃO DE		Todo dia 10 após		10/08/2024	
ENXOVAL		emissão da fatura			
Prestação de serviços de lavanderia a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, referente ao período 01/07/2024 até 31/07/2024 na unidade AHBB – Hospital Santo Antonio Louveira, conforme contrato de Gestão sob nº 001/2024.					
Forma De Pagamento: DEPÓSITO BANCÁRIO					
CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA					
Dados Bancários: Banco: ITAU Agência: 0032 CC: 26224-8					
Chave PIX CNPJ: 25.134.494/0001-28					
Serviços de locação com higienização de enxoval hospitalar Vinculado ao Contrato Gestão nº 001/2023.					
DISPENSA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS, POR NÃO CONSTAR NA LISTA DE SERVIÇOS, CONFORME A LEI COMPLEMENTAR 116/03. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL					
Código		Descrição / Configuração			
000-6	LOCAÇÃO DE ENXOVAL HOSPITALAR HIGIENIZADO	Valor de locação de enxoval higienizado	R\$	9.000,42	
Valor Total da Fatura				R\$	9.000,42
R\$ 9.000,42 (nove mil reais e quarenta e dois centavos)					



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00028723766-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ELAINE R D OLIVEIRA
CPF/CNPJ:	37.257.070/0001-30
Valor:	R\$ 49.500,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:52:10

Código da operação:	00129514
Chave de segurança:	3R390P2KW2R7AMER

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



Prefeitura do Município de Osasco

Secretaria de Finanças



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Prestados - NF-e

Série: E

Nota No.: 46

Emissão: 30/07/2024

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 R DR ORLANDO T SANTOS, 50 - WILLIAMS - 17402064

Município: Garça

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:

Prestação de serviço do hospital de Louveira.

11% INSS: R\$5.445,00

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.:
49.500,00		49.500,00		*3,20	*1.584,00	07/2024

Impostos Adicionais (Os valores informados são de responsabilidade do emissor):

(A)

IR (R\$):

Cofins (R\$):

CSLL (R\$):

Valor Total da Nota

INSS (R\$): 5.445,00

Pis/Pasep (R\$):

Outros (R\$):

49.500,00

Local da prestação do serviço: RUA DALVO LUIZ MARTINS CRUZ, 63 13291010 LOUVEIRA/SP

Verifique a autenticidade desta nota no site <http://nfe.osasco.sp.gov.br> através do código:

PISUHTMQ

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Nota fiscal emitida em 30/07/2024 às 08:57

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'

CARTA DE CORREÇÃO DA NF-E 46 DE 30/07/2024 Carta anexada em 07/08/2024	
Prestador do Serviço Razão Social/Nome: ELAINE R D OLIVEIRA NEGOCIOS CNPJ/CPF: 37257070000130 Inscrição Municipal:	
Tomador do Serviço Razão Social/Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45349461000102 Inscrição Municipal:	
DESCRIÇÃO Contrato de gestão 01/2024. Prefeitura de Louveira. Prestação de serviço de higienização e Limpeza em Hospital Santo Antônio em julho/2024. 11% INSS; R\$5.445,00 Banco: 336- Banco C6 S.A. Agencia: 0001 Conta Corrente: 28723766-4	
Código de Autenticação: PISUHTMQ	Valor da Nota (R\$): 49500,00
O texto contido nessa carta de correção substitui o conteúdo do campo 'Descrição dos Serviços e Outras Informações' da nota fiscal original.	



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	7165 / 00000002236-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	EDNALDO NOGUEIRA SANTANA
CPF/CNPJ:	09.273.946/0001-04
Valor:	R\$ 42.801,29
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:51:55

Código da operação:	00129612
Chave de segurança:	6V5UWGHAM3W5WVQV

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota

00000940

Data e Hora de Emissão

01/08/2024 14:35:14

Código de Verificação

d9ec6419



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: EDNALDO NOGUEIRA SANTANA

CPF/CNPJ: 09.273.946/0001-04

Inscrição Municipal: 00131553-6

Endereço: RUA GERALDO PAULINO, Nº000009 - BAIRRO SAO BERNARDO - CEP:13030-630

Município: CAMPINAS

UF: SP

Telefone: (19) 33677015

TOMADOR DE SERVIÇOS

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: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Telefone: (16) 33748438

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE AMBULÂNCIA SUPORTE BÁSICO PARA SUPRIR A DEMANDA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE LOUVEIRA ADULTO E PEDIÁTRICO, 24 HORAS DISPONÍVEL COM MOTORISTA EM ESCALA 12 POR 36 PARA O MÊS DE JULHO 2024.

JULHO/2024

DADOS PARA PAGAMENTO EM NOME DA CONTRATADA: BANCO ITAU, AGENCIA 7165, CONTA CORRENTE 02236-4.

CHAVE PIX CNPJ 09273946000104

Tributável SIM	Item REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS	Qtde 1	Unitário R\$ 42.801,29	Total R\$ 42.801,29
	Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 8622-4/00-00 - Servicos de remocao de pacientes, exceto os servicos moveis de atendimento a urgencias. CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA Aditivo Investimento Julho/2024			

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (3,0000%): R\$ 0,00	INSS (2,0000%): R\$ 0,00	IR (1,5000%): R\$ 0,00	CSLL (2,0000%): R\$ 0,00
----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 42.801,29

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: 08/2024

Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional

CNAE: 8622-4/00-00

Descrição da Atividade: SERVICOS DE REMOCAO DE PACIENTES, EXCETO OS SERVICOS MOVEIS DE ATENDIMENTO A URGENCIAS

Serviço: 04.21 - Unidade de atendimento, assistência ou tratamento móvel e congêneres.

Local da Prestação do Serviço: LOUVEIRA/SP

Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. - ISSQN devido a Campinas



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00067010443-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	LUCIANO NICODEMI JUNIOR
CPF/CNPJ:	46.500.314/0001-54
Valor:	R\$ 2.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:51:39

Código da operação:	00129688
Chave de segurança:	G02M9L1KMXKEEYVZ

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

Chave de Acesso da NFS-e
35273062246500314000154000000000001024084047850973

Número da NFS-e 10
Competência da NFS-e 07/08/2024
Número da DPS 10
Série da DPS 900

Data e Hora da emissão da NFS-e
07/08/2024 16:31:13
Data e Hora da emissão da DPS
07/08/2024 16:31:13



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

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: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor total referente a 01/07/2024 a 31/07/2024 - 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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00010534777-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	GILENE FERNANDES DE SOUSA
CPF/CNPJ:	28.370.155/0001-39
Valor:	R\$ 9.754,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:51:12

Código da operação:	00129798
Chave de segurança:	ZNNTSXY31ZG2NQ05

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

Chave de Acesso da NFS-e
3527306222837015500013900000000001824088102182314



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 18	Competência da NFS-e 06/08/2024	Data e Hora da emissão da NFS-e 06/08/2024 20:50:50
Número da DPS 4	Série da DPS 50003	Data e Hora da emissão da DPS 06/08/2024 20:50:50

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		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 CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR	
Endereço DR ORLANDO T SANTOS, 50		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 Prestação de serviço			

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\$ 9.754,00	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\$ 9.754,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 9.754,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA
Prestação de Serviços de Transporte de Material Biológico
Julho/2024



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	02 - Conta Poupança
Conta destino:	2454 / 00000028318-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	AMANDA LEITE MACHADO
CPF/CNPJ:	378.318.698-67
Valor:	R\$ 3.014,08
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:41

Código da operação:	00134956
Chave de segurança:	2PELQ9P3U0ET45G2

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

8632

AMANDA LEITE MACHADO

322205

7

1

TEC. ENFERMAGEM

Admissão:

02/07/2024

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos			
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	75,35				
200	HORAS EXTRAS 100%	11,29	376,76				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99				
998	I.N.S.S.	8,98		301,46			
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		39,86			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos			
			3.355,40	341,32			
			Valor Líquido ➡	3.014,08			
		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		2.721,00	3.355,40	3.355,40	268,43	2.790,60	7,50

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762053-0

Agência: 3104 -

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

8632

AMANDA LEITE MACHADO

322205

7

1

TEC. ENFERMAGEM

Admissão:

02/07/2024

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos			
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.630,30				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	75,35				
200	HORAS EXTRAS 100%	11,29	376,76				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99				
998	I.N.S.S.	8,98		301,46			
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		39,86			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos			
			3.355,40	341,32			
			Valor Líquido ➡	3.014,08			
		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
		2.721,00	3.355,40	3.355,40	268,43	2.790,60	7,50

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762053-0

Agência: 3104 -

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00037017168-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ANA CLEIA ALVES DA SILVA
CPF/CNPJ:	042.771.081-21
Valor:	R\$ 3.091,01
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:50:57

Código da operação:	00129949
Chave de segurança:	CNKXN35Z2SLWAEL1

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8633	ANA CLEIA ALVES DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,17	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,01	380,50	
998	I.N.S.S.	9,07		313,66
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		52,40

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762057-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.457,07		366,06	
Valor Líquido	➡	3.091,01	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.457,07	3.457,07	276,56	2.892,27	15,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE AGOSTO ***

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8633	ANA CLEIA ALVES DA SILVA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	73,17	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,01	380,50	
998	I.N.S.S.	9,07		313,66
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		52,40

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762057-3

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.457,07		366,06	
Valor Líquido	➡	3.091,01	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.457,07	3.457,07	276,56	2.892,27	15,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000007080-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO
CPF/CNPJ:	494.104.228-09
Valor:	R\$ 806,11
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138574
Chave de segurança:	5RV95HQXLS8V069W

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8707	SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO	411005	7	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Admissão: 17/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	14,00	739,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	131,79	
998	I.N.S.S.	7,50		65,35

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

000744761956-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
871,46		65,35	
Valor Líquido	➡	806,11	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	871,46	871,46	69,71	306,66	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8707	SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO	411005	7	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Admissão: 17/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	14,00	739,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	131,79	
998	I.N.S.S.	7,50		65,35

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

000744761956-7

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
871,46		65,35	
Valor Líquido	➡	806,11	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	871,46	871,46	69,71	306,66	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0335 / 00001040071-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	BRUNA MENDES DOS SANTOS
CPF/CNPJ:	468.611.218-43
Valor:	R\$ 1.747,54
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:49:59

Código da operação:	00130108
Chave de segurança:	M6NX547KEL9UR8H8

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8585	BRUNA MENDES DOS SANTOS	513430	7	1
COPEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.585,00	149,55	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	4,79		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	24,90		
998	I.N.S.S.	7,88			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.897,09	149,55	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762045-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.747,54	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	1.897,09	1.897,09	151,76	1.332,29	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8585	BRUNA MENDES DOS SANTOS	513430	7	1
COPEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.585,00	149,55	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	4,79		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,00	24,90		
998	I.N.S.S.	7,88			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.897,09	149,55	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762045-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	1.747,54	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.585,00	1.897,09	1.897,09	151,76	1.332,29	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0335 / 00010395256-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RAMON BARBOSA NASCIMENTO
CPF/CNPJ:	422.842.158-07
Valor:	R\$ 3.052,98
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:41

Código da operação:	00138513
Chave de segurança:	8RPZ17T4X1FS6NMG

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8665	RAMON BARBOSA NASCIMENTO	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	2.539,60	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	181,40	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,87	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	69,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	50,00	331,62	
998	I.N.S.S.	9,03		307,41
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		44,59

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761968-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
3.404,98		352,00
Valor Líquido	➡	3.052,98

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.404,98	3.404,98	272,39	2.840,18	15,00

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8665	RAMON BARBOSA NASCIMENTO	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	28,00	2.539,60	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	181,40	
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,87	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	69,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	50,00	331,62	
998	I.N.S.S.	9,03		307,41
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		44,59

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761968-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
3.404,98		352,00
Valor Líquido	➡	3.052,98

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.404,98	3.404,98	272,39	2.840,18	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2171 / 00000064137-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV
CPF/CNPJ:	302.234.038-90
Valor:	R\$ 4.010,17
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	04 - Pagamento de Salários
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 16:34:40

Código da operação:	00138475
Chave de segurança:	TU5JQ95Q7H6LREA3

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8597	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV ENFERMEIRO (A)	223505	7	1
		Admissão:	01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	3.627,87		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	259,13		
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,96		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	106,15		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,24	509,51		
998	I.N.S.S.	10,21		488,85	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		287,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.786,02	775,85	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762046-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.010,17	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.786,02	4.786,02	382,88	4.221,22	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8597	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV ENFERMEIRO (A)	223505	7	1
		Admissão:	01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	3.627,87		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	259,13		
8699	MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL	0,00	0,96		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	106,15		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	18,83		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,24	509,51		
998	I.N.S.S.	10,21		488,85	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		287,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.786,02	775,85	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762046-8 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.010,17	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.786,02	4.786,02	382,88	4.221,22	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	5436 / 00000011117-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	BIANCA DE FREITAS
CPF/CNPJ:	083.965.884-22
Valor:	R\$ 2.369,68
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:48:34

Código da operação:	00130446
Chave de segurança:	ZESJ1AFG6PME0955

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8683	BIANCA DE FREITAS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.691,67	211,08	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,83		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,85		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,59	239,15		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,01	274,27		
998	I.N.S.S.	8,18			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.580,76	211,08	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.369,68	
conta salário: 000744761691-6			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.580,76	2.580,76	206,46	2.015,96	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8683	BIANCA DE FREITAS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 02/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.691,67	211,08	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,83		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	54,85		
200	HORAS EXTRAS 100%	10,59	239,15		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,01	274,27		
998	I.N.S.S.	8,18			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.580,76	211,08	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104			Valor Líquido ➡	2.369,68	
conta salário: 000744761691-6			Agência: 3104 -		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.580,76	2.580,76	206,46	2.015,96	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000009601-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RITA CAITANO DA SILVA SANTOS
CPF/CNPJ:	954.308.654-00
Valor:	R\$ 2.417,24
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:42

Código da operação:	00135017
Chave de segurança:	V7744J166HA93CJW

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,29	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	51,58	
200	HORAS EXTRAS 100%	10,43	235,53	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	59,39	268,23	
998	I.N.S.S.	8,20		215,79

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761967-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
2.633,03		215,79
Valor Líquido	➡	2.417,24

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.633,03	2.633,03	210,64	2.068,23	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,29	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	51,58	
200	HORAS EXTRAS 100%	10,43	235,53	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	59,39	268,23	
998	I.N.S.S.	8,20		215,79

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761967-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
2.633,03		215,79
Valor Líquido	➡	2.417,24

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.633,03	2.633,03	210,64	2.068,23	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000009601-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	RITA CAITANO DA SILVA SANTOS
CPF/CNPJ:	954.308.654-00
Valor:	R\$ 2.417,24
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	SALARIO
Histórico:	

Data de débito:	07/08/2024
Data / Hora da operação:	07/08/2024 15:49:42

Código da operação:	00135017
Chave de segurança:	V7744J166HA93CJW

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,29	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	51,58	
200	HORAS EXTRAS 100%	10,43	235,53	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	59,39	268,23	
998	I.N.S.S.	8,20		215,79

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761967-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
2.633,03		215,79
Valor Líquido	➡	2.417,24

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.633,03	2.633,03	210,64	2.068,23	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS	422105	7	1
RECEPCIONISTA		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,29	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	51,58	
200	HORAS EXTRAS 100%	10,43	235,53	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	59,39	268,23	
998	I.N.S.S.	8,20		215,79

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744761967-2

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos
2.633,03		215,79
Valor Líquido	➡	2.417,24

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.750,00	2.633,03	2.633,03	210,64	2.068,23	0,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00043905107-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA
CPF/CNPJ:	333.645.528-60
Valor:	R\$ 1.204,45
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:47:30

Código da operação:	00130604
Chave de segurança:	RTXHMHTRPASJ29QG

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,13	367,95	
998	I.N.S.S.	9,06		311,87
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,16

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762019-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.442,11		362,03	
Valor Líquido	➡	3.080,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.442,11	3.442,11	275,36	2.877,31	15,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	322205	7	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,13	367,95	
998	I.N.S.S.	9,06		311,87
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		50,16

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104

conta salário: 000744762019-0

Agência: 3104 -

Total de Vencimentos		Total de Descontos	
3.442,11		362,03	
Valor Líquido	➡	3.080,08	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.442,11	3.442,11	275,36	2.877,31	15,00



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0110 / 00000050707-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DANIELE BARROS DIAS
CPF/CNPJ:	064.466.175-50
Valor:	R\$ 2.267,69
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:47:14

Código da operação:	00130669
Chave de segurança:	ALAMSLM1AT55TZWH

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8617	DANIELE BARROS DIAS		322205	8	1	
TEC. ENFERMAGEM			Admissão:		01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762043-3 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.003,40	272,68
			Valor Líquido ➡	2.730,72

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			CC: ADMINISTRATIVO		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0001-02			Mensalista		Julho de 2024	
Código	Nome do Funcionário		CBO	Departamento	Filial	
8617	DANIELE BARROS DIAS		322205	8	1	
TEC. ENFERMAGEM			Admissão:		01/07/2024	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.721,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	
998	I.N.S.S.	8,63		259,22
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		13,46

CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744762043-3 Agência: 3104 -			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.003,40	272,68
			Valor Líquido ➡	2.730,72

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	3.003,40	3.003,40	240,27	2.438,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0960 / 00001025912-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JESICA ARIANE DE FRANCA
CPF/CNPJ:	372.515.838-01
Valor:	R\$ 2.496,34
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:46:55

Código da operação:	00130776
Chave de segurança:	7LUG23NE43MV7H6Q

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	101,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,08	528,87		
998	I.N.S.S.	10,23		490,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		290,15	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.799,98	780,96	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761677-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.019,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.799,98	4.799,98	383,99	4.235,18	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	223505	7	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 01/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.887,00		
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO DSR	0,00	101,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	57,08	528,87		
998	I.N.S.S.	10,23		490,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		290,15	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.799,98	780,96	
CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104 conta salário: 000744761677-0 Agência: 3104 -			Valor Líquido ➡	4.019,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	4.799,98	4.799,98	383,99	4.235,18	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00032584145-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ANDREA DOS SANTOS
CPF/CNPJ:	418.946.908-42
Valor:	R\$ 185,22
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:46:42

Código da operação:	00130965
Chave de segurança:	K7ZQR7GLSJ7X83JE

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8781	ANDREA DOS SANTOS	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 29/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	2,00	181,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	18,83		
998	I.N.S.S.	7,50		15,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			200,23	15,01	
			Valor Líquido ➡	185,22	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	200,23	200,23	16,01	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8781	ANDREA DOS SANTOS	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 29/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	2,00	181,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	18,83		
998	I.N.S.S.	7,50		15,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			200,23	15,01	
			Valor Líquido ➡	185,22	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	200,23	200,23	16,01	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	7649 / 00000039408-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA APARECIDA CAMURSI
CPF/CNPJ:	219.604.258-70
Valor:	R\$ 642,79
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	08/08/2024
Data / Hora da operação:	08/08/2024 15:46:28

Código da operação:	00131048
Chave de segurança:	XE0M0CKGE9R9YM4R

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8766	MARIA APARECIDA CAMURCI PERCEGUINI	223505	8	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 26/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	5,00	647,83		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	47,07		
998	I.N.S.S.	7,50		52,11	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			694,90	52,11	
			Valor Líquido ➡	642,79	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	694,90	694,90	55,59	130,10	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8766	MARIA APARECIDA CAMURCI PERCEGUINI	223505	8	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 26/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	5,00	647,83		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	47,07		
998	I.N.S.S.	7,50		52,11	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			694,90	52,11	
			Valor Líquido ➡	642,79	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.887,00	694,90	694,90	55,59	130,10	0,00

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	0316 / 3701 / 000598098994-0

Nome destinatário:	DANIELA DA SILVA BARBOSA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 463,03

Data de débito:	08/08/2024
Data/hora da operação:	08/08/2024 15:46:11

Código da operação:	605748022
Chave de segurança:	5WHP01MSTU6X5LHJ

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8768	DANIELA DA SILVA BARBOSA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 26/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	5,00	453,50		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	47,07		
998	I.N.S.S.	7,50		37,54	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			500,57	37,54	
			Valor Líquido ➡	463,03	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	500,57	500,57	40,04	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

CC: ADMINISTRATIVO

Mensalista

Folha Mensal

Julho de 2024

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8768	DANIELA DA SILVA BARBOSA	322205	8	1
TEC. ENFERMAGEM		Admissão: 26/07/2024		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	5,00	453,50		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	47,07		
998	I.N.S.S.	7,50		37,54	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			500,57	37,54	
			Valor Líquido ➡	463,03	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.721,00	500,57	500,57	40,04	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 3104 / 003 / 00000519-1**Conta destino:** 2949 / 003 / 00002914-9**Nome destinatário:** PMP PROD MEDICOS PAULISTA LTDA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 28.666,60**Data de débito:** 08/08/2024**Data/hora da operação:** 08/08/2024 15:52:31**Código da operação:** 604044358**Chave de segurança:** 4U8HKH0QFAUZVQR5**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



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: 01/08/2024

Valor Total: **R\$ 28.666,60 (Vinte e oito mil, seiscentos e sessenta 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 01/07/2024 e término no dia 31/07/2024_ devendo ser pago a em
deposito bancário até o dia 01/08/2024, referente ao mês de julho.

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
12	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
12	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, 31 de julho de 2024



Diretor



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.26305 90000.000761 58074.882000 1 97900000037000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	OXYMED COM E LOC DE EQU MEDICO HOSP LTDA
Nome/Razão Social:	OXYMED COMERCIO E LOCACAO DE EQUIPAMENTO
CPF/CNPJ:	57.417.537/0001-79
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:	27/07/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	09/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	370,00
Juros (R\$):	1,56
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	371,56
Valor Pago (R\$):	371,56

Data/hora da operação: 09/08/2024 11:29:16

Código da operação: 022130284

Chave de segurança: UHUP7TRXURHTPFKK

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

RECEBEMOS DE OXYMED COM FLOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000.025.445 SÉRIE 001	
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



OXYMED EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA.
Rua Gustavo da Silveira, 1357
Vila Sta Catarina - São Paulo - SP
CEP: 04378-006
Tel: (11) 5012-3799

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.025.445 fl. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3524 0757 4175 3700 0179 5500 1000 0254 4517 7047 0334

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
135241493323012 12/07/2024 08:23:50

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DENTRO SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
111719554115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF
57.417.537/0001-79

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
12/07/2024

ENDEREÇO
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA SAÍDA / ENTRADA
12/07/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE / FAX
(16)3374-8438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
09:17:10

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO
RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 63

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM PRIMAVERA

CEP
13294-336

MUNICÍPIO
LOUVEIRA

UF
SP

TELEFONE / FAX

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	27/07/2024	370,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
370,00		66,60		0,00		0,00		370,00	
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		370,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS

FRETE POR CONTA
0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF
34.028.316/0031-29

ENDEREÇO
RUA MERGENTHALER 592 BL II

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112388853119

QUANTIDADE
50

ESPÉCIE
VOLUME

MARCA
OXYMED

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
50,000

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
R0028	PAPEL TERMOSSENSIVEL P/ ECG MINDRAY - 80X15	48022090	000	5102	RL	25,0000	7,9000	197,50	0,00	197,50	35,55	0,00	18,00	0,00
R0030	PAPEL TERMO P CARDIO - BENEHEART/DFM100 50MMX20	48022090	000	5102	RL	25,0000	6,9000	172,50	0,00	172,50	31,05	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

REF.: CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO FISCAL E COMUNICAÇÃO DE CORREÇÕES

☒ NOSSA NOTA FISCAL N° 25445 SÉRIE: 1 DE 12/07/2024

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, vimos pela presente comunicar-lhe(s) que a NOTA FISCAL em referência contém a(s) irregularidade(s) que abaixo apontamos, cuja correção solicitamos seja providenciada imediatamente.

COD.	Especificações	COD.	Especificações	COD.	Especificações
01	Razão Social	13	Quantidade (produto)	25	Nome do Transportador
02	Endereço	14	Descrição dos Produtos	26	End. do Transportador
03	Município	15	Preço Unitário	27	Termo de Isenção do IPI
04	Estado	16	Valor Total dos Produtos	28	Termo de Isenção ICMS
05	N° de Inscr. no CNPJ/CPF	17	Classificação Fiscal	29	Peso-Bruto/Líquido
06	N° de Inscr. Estadual	18	Alíquota do IPI	30	Vol.-Marca/N°/Quant.
07	Natureza da Operação	19	Valor do IPI	31	Rasuras
08	Cód. Fiscal da Operação	20	Base de Cálculo do IPI	32	N° Nota Fiscal
09	Via de Transporte	21	Valor Total da Nota	33	Dados Adicionais
10	Data de Emissão	22	Alíquota do ICMS	999	Outras
11	Data da Saída	23	Valor do ICMS		
12	Unidade (Produto)	24	Base de Cálculo do ICMS		

Cód. com Irregularidades	Retificações a serem consideradas
33	CONSTAR: CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

Protocolo: 135241722688265 Dt. Protocolo: 2024-08-08T15:25:03-03:00



35240757417537000179550010000254451770470334

Para evitar-se qualquer sansão fiscal, solicitamos acusarem o recebimento desta, na cópia que a acompanha, devendo esta via de V.S.as. Ficar arquivada juntamente com a NOTA FISCAL em questão.

Sem outro motivo para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A
CNPJ: 57.417.537/0001-79

Data, assinatura e carimbo do recebimento

Carimbo do CNPJ

		237-2		Comprovante de Entrega		
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A - CNPJ: 57			Agencia / Código Beneficiário 3263-8/0748820-3		Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Nosso Número 09/00000007658-1		☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe nº. indicado	
Vencimento 27/07/2024		Número do Documento 0025445/01		Espécie R\$		☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Endereço insuficiente
Valor do Documento 370,00						☐ Desconhecido ☐ Falecido ☐ Outros (anotar no verso)
Recebemos o Título com as características acima		Data		Assinatura		Data
						Assinatura
Local de Pagamento QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO						Data do Processamento 12/07/2024

		237-2		Recibo do Pagador	
Local de Pagamento QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					
Vencimento 27/07/2024					
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A - CNPJ: 57.417.537/0001-79 RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone:					
Agência / Código Beneficiário 3263-8/0748820-3					
Data do Documento 12/07/2024		Número do Documento 0025445/01		Espécie Doc. DS	
				Aceite N	
Data do Processamento 12/07/2024		Nosso Número 09/00000007658-1			
Uso do Banco		Carteira 09		Espécie R\$	
				Quantidade	
				Valor	
				(=) Valor do Documento 370,00	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após o vencimento mora diária de 0,50% Notas Fiscais: 25445 Doc.: Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 0,12 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					
Beneficiário Final: Código de Baixa					
Após o vencimento mora diária de 0,50% Notas Fiscais: 25445 Doc.: Autenticação Mecânica					

		237-2		23793.26305 90000.000761 58074.882000 1 97900000037000	
Local de Pagamento QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					
Vencimento 27/07/2024					
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A - CNPJ: 57.417.537/0001-79 RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone:					
Agência / Código Beneficiário 3263-8/0748820-3					
Data do Documento 12/07/2024		Número do Documento 0025445/01		Espécie Doc. DS	
				Aceite N	
Data do Processamento 12/07/2024		Nosso Número 09/00000007658-1			
Uso do Banco		CIP		Carteira 09	
				Espécie Moeda R\$	
				Quantidade	
				Valor	
				(=) Valor do Documento 370,00	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após o vencimento mora diária de 0,50% Notas Fiscais: 25445 Doc.: Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 0,12 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					
Beneficiário Final: Código de Baixa					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.32140 01403.894007 01505.600013 8 98100000193930
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome/Razão Social:	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ:	17.441.839/0001-68
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	16/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	09/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.939,30
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.939,30

Valor Pago (R\$):	1.939,30
Data/hora da operação:	09/08/2024 11:49:29
Código da operação:	022135232
Chave de segurança:	X1UYE392G1NCE8E7

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

Recebemos de BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA-EPP, os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado. Data de emissão: 19/07/2024, Valor Total: R\$ 1.939,30. Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS - GARÇA/SP

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.020.642

SÉRIE: 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALAR
LTDA-EPP

RUA TAMBAU, 358
VILA ELISA - RIBEIRAO PRETO - SP
CEP: 14075-010 Fone: (16)3877-4913

DANFE
Documento Auxiliar da
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.020.642

SÉRIE: 1

FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0717 4418 3900 0168 5500 1000 0206 4219 4020 0719

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

135241553965607 19/07/2024 10:08:50

CNPJ

17.441.839/0001-68

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

582.946.900.111

INSC EST DO SUBST TRIBUTÁRIO

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE/FAX

(14)9782-0047

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

19/07/2024

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

CEP

17402-064

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

001 16/08/24 R\$ 1.939,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.355,00

VALOR DO ICMS

243,90

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS

293,36

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.939,30

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

1.939,30

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

MOVVI LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0-Rem (CIF)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

23.864.838/0019-58

ENDEREÇO

RUA DOUTOR NEWTON PEDRO DE CAMARGO, 305

MUNICÍPIO

RIBEIRAO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797.763.376.114

QUANTIDADE

3

ESPÉCIE

VOL

MARCA

NÚMERO

0

PESO BRUTO

15,000

PESO LÍQUIDO

15,000

DADOS DO PRODUTO/Serviço

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	VL R APROX TRIBUTOS
DV6641 (182)	TALAFLEX 63 X 09 EVA M (LARANJA) RESGATE SP - Lote * Data Venc.: A008 *	90211020	040	5102	UN	10	17,33	173,30	0,00	0,00	0	0,00
DV1548 (182)	TALAFLEX 53 X 8 EVA P (AZUL) RESGATE SP	90211020	040	5102	UN	10	17,33	173,30	0,00	0,00	0	0,00
UT0015 (182)	TALAFLEX 86 X 10 EVA G (VERDE) RESGATE SP - Lote * Data Venc.: A008 *	90211020	040	5102	UN	10	23,77	237,70	0,00	0,00	0	0,00
CF0648	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS 6FR 2,1M PEDIATRICO WELL LEAD - Lote * Data Venc.: 2306011585 * 29/06/2028	90183929	000	5102	UN	100	3,74	374,00	374,00	67,32	18	80,97
DV2069	EQUIPO MULTIVIA NEONATAL LUER LOCK MP HOSPITALAR - Lote * Data Venc.: 2406039 * 31/07/2027	90189010	000	5102	UN	300	3,27	981,00	981,00	176,58	18	212,39

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

182-Isento de ICMS conforme Convênio 126/10 - Artigo 16 do Anexo I do RICMS/SP. - -
PEDIDO BIONEXO Nº. 353891506. ENTREGA : RUA LUIZ MARTINS CRUZ, Nº. 63,
JARDIM LAGO AZUL, CEP. 13.294-394. CIDADE : LOUVEIRA - SP. CONTRATO DE
GESTAO 001-2024. PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA. /// EMPRESA
ENQUADRADA NO REGIME ESPECIAL CF ARTIGO: 482 INC 3 DO RICMS, APROVADO
PELO DECRETO 45.490 DE 30/11/2000

RESERVADO AO FISCO



Beneficiário BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA TAMBAÚ 358 VILA ELISA RIBEIRÃO PRETO - SP	17.441.839/0001-68 14075-010	Vencimento 16/08/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento	Valor do Documento 1.939,30 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/08/2024 Juros 0,03%/dia A partir 17/08/2024 multa de 2,00% Não conceder desconto. Protesto no 5º dia útil após Venc.		Data de Emissão 19/07/2024	(=) Valor cobrado
		Coop Contr/Cód. Beneficiário 3214/4038940	
		Nosso Número 15056-0	

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento 20642	
Endereço AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES 303 SALA3			
Bairro / Distrito JARDIM ARIANO			
Município LINS	UF SP	CEP 16400-400	
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

75691.32140 01403.894007 01505.600013 8 98100000193930

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 16/08/2024
Beneficiário BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA 17.441.839/0001-68					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3214/4038940
Data do documento 19/07/2024	N. documento 20642	Espécie DM	Aceite N	Data processamento 19/07/2024	Nosso número 15056-0
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 1.939,30
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/08/2024 Juros 0,03%/dia A partir 17/08/2024 multa de 2,00% Não conceder desconto. Protesto no 5º dia útil após Venc. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3214 SICOOB COCRED					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES 303 SALA3 JARDIM ARIANO LINS - SP Beneficiário Final					(+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.851177 6 98100000096000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	16/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	09/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	960,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	960,00
Valor Pago (R\$):	960,00

Data/hora da operação: 09/08/2024 11:49:01

Código da operação: 022137282

Chave de segurança: XZTL40NHA661R87A

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 DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02

CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA

VARZEA PAULISTA / SP

FONE (11) 99237-2775

Email administrativo@essencialox.com.br

CEP 13.222-760

DANFE

Documento

Auxiliar da Nota

Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 000.012.713

SÉRIE 001

FOLHA 1/1

3524 0737 8340 1200 0121 5500 1000 0127 1310 0014 7748

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

DADOS DA NF-e

Protocolo: 135241609706261

Data: 26/07/2024 08:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL

712168965111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB

45.349.461/0001-02

26/07/2024

ENDEREÇO

RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

WILLIAMS

17.402-064

26/07/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE

(16) 3374-8438

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA

07:59:17

FATURA / DUPLICATA

001 - 960,00 - 16/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

960,00

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

VALOR DO DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

960,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP

0 - EMISSOR

2

054262577

DQY0D61

SP

04.229.338/0001-70

AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14

VARZEA PAULISTA

SP

712104470111

QUANTIDADE

6

ESPÉCIE

CILINDROS

MARCA

DIVERSOS

NÚMERO

0

PESO BRUTO

0

PESO LÍQUIDO

0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	60,00	16,00	960,00					

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

LOTES XWFU (4) XVV3 (2); LEI 12.741/2012 TRIBAPROX. RS 129,12 (13,45%) FEDERAL E RS 172,80 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADAÇÃO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

RESERVADO AO FISCO

Jarson do Nho Santo



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000022 86000.070309 2 98060000068819
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
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA
CPF/CNPJ:	72.911.837/0002-84
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
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:	12/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	09/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	688,19
Juros (R\$):	0,00

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	688,19
Valor Pago (R\$):	688,19

Data/hora da operação:	09/08/2024 11:48:46
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	022139219
Chave de segurança:	RP03SVLJ0Z682M1G

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

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Sex, 2024-08-02 04:23

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 02/08/2024 08:21.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: JAKSON

Cupom Fiscal: 6148

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: 6148

HM:

Placa: FGX7H16

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	26,011 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 103,52
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 103,52

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 103,52

AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 02/08/2024

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: ISENTO

Placa: FGX7H16 Kn:

Veiculos.:

Motorista: JAKSON

Valor....: 103,52

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupom.:6148

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Qua, 2024-07-31 09:15

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 31/07/2024 13:13.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: JAKSON

Cupom Fiscal: 6078

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: 6078

HM:

Placa: FGX7H16

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	25,126 L	R\$ 3,980	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 72.911.837/0002-84 IE: 421000607117
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - LOUVEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 31/07/2024

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: ISENT0

Placa: FGX7H16 Kn:

Veiculos.:

Motorista: JAKSON

Valor....: 100,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupon.:6078

Reconheço que pagarei a quantia supra

None Completo:

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Ter, 2024-07-30 05:47

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 30/07/2024 09:45.

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: JAKSON	Veículo:	Placa: EPH8E26
Cupom Fiscal: 6031	Nota Fiscal: 6031	

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA COMUM	36,792 L	R\$ 6,290	R\$ 0,00	R\$ 231,42
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 231,42

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 231,42

ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
CNPJ 72.911.837/0002-84 IE: 421000607117
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - LOUVEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 30/07/2024

Nome: 54750 - 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: EPH0E26 Km:

Veiculos.:

Motorista: JAKSON

Valor....: 231,42

Forma de Pagamento.: NOTAS A COBRAR

Cupon.: 5031

Reconheço que pagarei a quantia supra

None Completo:

RECEBEMOS DE ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 29/07/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 253,25		NF-e Nº 000.006.007 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 000.006.007 SÉRIE 5 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 0772 9118 3700 0284 5500 5000 0060 0710 0131 9006 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 135241628608266 29/07/2024 10:45:42

DESTINATÁRIO / REMETENTE		NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO: 29/07/2024
ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		BAIRRO/DISTRITO: WILLIAMS		CEP: 17402064	DATA DE SAÍDA / ENTRADA: 29/07/2024
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: 253,25
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: 253,25		

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
2	320102002	GASOLINA ADITIVADA	84,61	27101259	061	5656	L	37,856	6,69	0,00	253,25	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA														

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PLACA: FGX7H16 MOTORISTA: JAKSON ICMS a ser recolhido e repassado nos termos do Capítulo V do Convênio ICMS nº 15/23. Tributos aproximados: R\$ 32,67 (12,90%) Federal, R\$ 51,94 (20,51%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT - SP 244637	

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Seg, 2024-07-29 06:46

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 29/07/2024 10:45.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: **JAKSON**

Cupom Fiscal: **6007**

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: **6007**

HM:

Placa: **FGX7H16**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA ADITIVADA	37,856 L	R\$ 6,690	R\$ 0,00	R\$ 253,25
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 253,25

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 253,25

ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
CNPJ 72.911.837/0002-84 IE: 421000607117
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - LOUVEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 29/07/2024

Nome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereco: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50
Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTA

Placa: FGX7H16 Km:

Veiculos.:

Motorista: JAKSON

Valor....: 253,25

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupon.:6007

Reconheço que pagarei a quantia supra

None Completo:

Comprovante de Entrega



Bradesco

237-2

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 12/08/2024	Nº do Documento 8479363
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02		Carteira / Nosso Número 009/96910000286-1	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 688,19
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.				Data de Processamento 05/08/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data	Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)
() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado () Recusado () Não Procurado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente () Outros (anotar no verso)

Recibo do Pagador



Bradesco

237-2

23793.39100 99691.000022 86000.070309 2 98060000068819

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000286-1
Número do documento 8479363	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 12/08/2024	Valor documento R\$ 688,19		
(-) 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\$ 1,38 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Bradesco

237-2

23793.39100 99691.000022 86000.070309 2 98060000068819

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 12/08/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 05/08/2024	Nº documento 8479363	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 05/08/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000286-1
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor (=) Valor documento R\$ 688,19

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
- GARCA/SP - CEP: 17402-064

Código de Baixa

Pagador / Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

05/08/2024 14:09

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 8479363
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 05/08/2024
Vencimento: 12/08/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
	6007	29/07/2024	FGX7H16	72.911.837/0002-84	37,86				GASOLINA ADITIVADA	6,690	253,250	6,690	253,250
	6031	30/07/2024	EPH8E26	72.911.837/0002-84	36,79				GASOLINA COMUM	6,290	231,420	6,290	231,420
	6078	31/07/2024	FGX7H16	72.911.837/0002-84	25,13				ETANOL COMUM	3,980	100,000	3,980	100,000
	6148	02/08/2024	FGX7H16	72.911.837/0002-84	26,01				ETANOL COMUM	3,980	103,520	3,980	103,520
												Total de litros: 125,79	
												Valor Total: 688,19	

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor total faturado: 688,19

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
ETANOL COMUM	51,14	203,52	203,52
GASOLINA ADITIVADA	37,86	253,25	253,25
GASOLINA COMUM	36,79	231,42	231,42



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00089115847-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	EDJALMA CAMPOS DA SILVA
CPF/CNPJ:	37.103.781/0001-50
Valor:	R\$ 193,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	09/08/2024
Data / Hora da operação:	09/08/2024 11:51:10

Código da operação:	00123046
Chave de segurança:	U0F2RUWPVGXC5H61

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

Chave de Acesso da NFS-e

3527306223710378100015000000000003024080728957800

Número da NFS-e

30 Competência da NFS-e

05/08/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e

05/08/2024 10:09:37

Número da DPS

31 Série da DPS

50000

Data e Hora da emissão da DPS

05/08/2024 10:09:37



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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF

37.103.781/0001-50

Inscrição Municipal

-

Telefone

(19) 7132-8809

Nome / Nome Empresarial

37.103.781 EDJALMA CAMPOS DA SILVA

E-mail

EDJALMACAMPOS@GMAIL.COM

Endereço

LEONI BERTOLINE, 328

Município

Louveira - SP

CEP

13294-214

Simples 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

CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Endereço

DR ORLANDO T SANTOS, 50

Município

Garça - SP

CEP

17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional

24.01.01 - Serviços de chaveiros, confecção de carimbos e congêneres.

Código de Tributação Municipal

-

Local da Prestação

Louveira - SP

País da Prestação

-

Descrição do Serviço

Confecção de chaves perdidas e abertura de porta, e troca de cilindro.

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\$ 193,00

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\$ 193,00

Desconto Condicionado

R\$

Desconto Incondicionado

R\$

ISSQN Retido

-

IRRF, CP,CSLL - Retidos

R\$ 0,00

PIS/COFINS Retidos

-

Valor Líquido da NFS-e

R\$ 193,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

-

Estaduais

-

Municipais

-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0323 / 00000058928-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FERNANDO LEITE DE ARAUJO
CPF/CNPJ:	06.345.903/0001-90
Valor:	R\$ 126,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	09/08/2024
Data / Hora da operação:	09/08/2024 11:50:54

Código da operação:	00123210
Chave de segurança:	LCG74V6LJYSZCX9P

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

Chave de Acesso da NFS-e

35567012206345903000190000000000012624073862621749

Número da NFS-e
126Competência da NFS-e
30/07/2024Data e Hora da emissão da NFS-e
30/07/2024 16:44:14Número da DPS
138Série da DPS
900Data e Hora da emissão da DPS
30/07/2024 16:44:14A 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	06.345.903/0001-90	-	(19) 3846-7943

Nome / Nome Empresarial	E-mail
FERNANDO LEITE DE ARAUJO FILHO PAPELARIA	3BRCARIMBOSVINHEDO@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
DOUTOR ANIBAL LELLIS DE MIRANDA (VILA MAGALHAES), 299, CENTRO	Vinhedo - SP	13280-057

Simple 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	-

Endereço	Município	CEP
DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS	Garça - SP	17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
24.01.01 - Serviços de chaveiros, confecção de carimbos e congêneres.	-	Vinhedo - SP	-

Descrição do Serviço
01 CARIBO (CABO DE MADEIRA) 8X5CM
01 CARIBO (CABO DE ADEIRA) ASSINATURA

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Tipo de Imunidade	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN	Número Processo Suspensão	Benefício Municipal
Valor do Serviço R\$ 126,00	Desconto Incondicionado	Total Deduções/Reduções	Cálculo do BM
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 R\$ 126,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos	-	Valor Líquido da NFS-e R\$ 126,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
0,00 %Estaduais
0,00 %Municipais
0,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

PRAZO PAGT.º 15 DIAS
VENCT.º 14/08/2024
DEPÓSITO EM CONTA
BANCO BRADESCO S/A
FERNANDO L. A. F. PAP. - ME
AG.: 323 C/C 58.928-4
CNPJ 06.345.903/0001-90
PIX - 06.345.903/0001-90



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0128 / 00000030805-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SHIRLEY DOS SANTOS MELO
CPF/CNPJ:	047.919.185-92
Valor:	R\$ 4.442,93
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	09/08/2024
Data / Hora da operação:	09/08/2024 11:50:37

Código da operação:	00123522
Chave de segurança:	2QLKR2Q5SRTV6J1N

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

TERMO DE RESCISAO 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 202.16987.97-5		11 Nome JAKSON DA SILVA LOVATO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA ANTONIO BONESSO, 124 - CASA 2				13 Bairro PARQUE BRASIL	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-200	17 CTPS (nº, série, UF) 60850000000 - 00351 / SF	18 CPF 422.871.998-88
19 Data de Nascimento 07/10/1992		20 Nome da Mãe LUIZA BATISTA DA SILVA			
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. 1.955,00		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 06/08/2024	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 6/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 391,00	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 1/12 avos	R\$ 162,92	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 162,92	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 54,31
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\$ 133,58				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 904,73
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\$ 260,67	112.1 Previdência Social	R\$ 39,34
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 12,21	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 312,22
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 592,51

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8703	SHIRLEY DOS SANTOS MELO	047.919.185-92	000744754058-8	4.442,93
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	4.442,93
	GARCA, 08/08/2024	Responsável:		

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124080822490695-4

Tag
08/08/2024 13:11

Pagar este documento até
09/08/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

136,24

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
08/2024	1	0,00	136,24	0,00	0,00	136,24
Total Geral:		0,00	136,24	0,00	0,00	136,24

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 08/08/2024 às 13:11:32 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.808177 8 98070000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	13/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	12/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação: 12/08/2024 14:51:16

Código da operação: 025454711

Chave de segurança: 09T2FLXH1LU5K3S0

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

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 00003.808177 8 98070000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003808-2	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003786	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 13/08/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 14.08.2024 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 00003.808177 8 98070000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 13/08/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 17/07/2024	Nr. do documento 003786	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 09/08/2024	Nosso número 32905220000003808-2
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 14.08.2024 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 480,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	10499.60170 40000.100046 00000.323568 9 98100000218000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Código do Banco:	104
Código do ISPB:	00360305
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	33.190.250/0001-90
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL
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:	16/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	12/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.180,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.180,00
Valor Pago (R\$):	2.180,00

Data/hora da operação: 12/08/2024 14:51:41

Código da operação: 025455438

Chave de segurança: 2WGET0KXK7ZVA3LF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

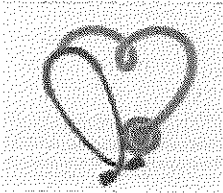
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 003235 Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do receptor	

 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 Nº 003235 SERIE: 1 Página: 1 de 1	Controle do Fisco  Chave de acesso 3524 0733 1902 5000 0190 5500 1000 0032 3513 2458 2197 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	Protocolo de autorização de uso 135241538130657 17/07/2024 16:00:21
Inscrição Estadual 279.051.035.110	Inscr.est. do subst.trib. CNPJ 33.190.250/0001-90

Destinatário/Remetente			
Nome / Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	Inscrição Estadual	Data emissão 17/07/2024
Endereço Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50	Bairro Williams	CEP 17.402-064	Data saída 17/07/2024
Município Garça	Fone/Fax (16) 3374-8438	UF SP	Hora saída 16:00:18

Faturas								
Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	16/08/2024	2.180,00	002	15/09/2024	2.180,00			

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 Subst. 0,00	Valor do FCP ST 0,00	Valor total dos produtos 4.360,00		
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 4.360,00		

Transportador/Volumes transportados							
Nome	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)		Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF	
Endereço	Município		UF	Inscrição Estadual			
Quantidade 2	Espécie CAIXAS	Marca	Numeração	Peso bruto 26,000	Peso líquido 26,000		

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
CL-300	TROCADOR DE FRALDAS CL-300	94037000	0102	5.102	UN	2,00	2.180,00	4.360,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

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

Dados adicionais	
Observações MEDICINALLI, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. DEPÓSITO EM CONTA: BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL OP. 003, AG: 4787, C/C. 700-0. PIX: 33.190.250/0001-90. Total aproximado de tributos: R\$ 500,09 (11,47%) . Endereço de entrega: Rua Luiz Martins Cruz nº 63, Jardim Lago Azul. CEP 13.294-394, Cidade: Louveira - SP.	Reservado ao fisco CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

17/07/2024 16:01:03

		COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA				
		104-0 10499601704000010004600000323568998100000218000				
Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES			CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90		Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174	
Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS			UF SP	CEP 14140-000		
Data do documento 17/07/2024	Nº documento 3235	Aceite NAO	Data do processamento 17/07/2024		Nosso Número 14000000000003235 - 8	
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 : 1,45 REAIS AO DIA MULTA : 43,60 REAIS A PARTIR DE 17/08/2024						
Carteira RG	Espécie DOC DM	Vencimento 16/08/2024		Valor do documento 2.180,00	Valor Cobrado	
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		
		104-0 10499601704000010004600000323568998100000218000				
Local De Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE					Vencimento 16/08/2024	
Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS			33.190.250/0001-90		Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174	
Data do documento 17/07/2024	Nº documento 3235	Espécie Doc DM	Aceite NAO	Data do processamento 17/07/2024	Nosso Número 14000000000003235 - 8	
Uso do Banco	Carteira RG	Moeda REAL	Qtde. moeda	Valor		
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 1,45 REAIS AO DIA MULTA : 43,60 REAIS A PARTIR DE 17/08/2024					(=) Valor do Documento 2.180,00	
					(-) 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	



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03097.600005 00028.914174 7 98100000028788
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDMASTER COMERCIAL LTDA EPP
Nome/Razão Social:	MEDMASTER COMERCIAL LTDA EPP
CPF/CNPJ:	03.521.785/0001-36
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE 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:	16/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	12/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	287,88
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	287,88
Valor Pago (R\$):	287,88

Data/hora da operação:	12/08/2024 14:52:01
------------------------	---------------------

Código da operação: 025455944 Chave de segurança: 0QV2HQ4Q8XJH5YK7

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

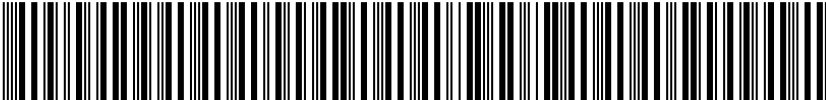
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECIBO DO PAGADOR

		001-9		00190.00009 03097.600005 00028.914174 7 98100000028788	
Beneficiário MEDMASTER COMERCIAL LTDA EPP RUA LUIZ GAMA , 7-55 - VILA INDEPENDENCIA 17054-300 BAURU-SP				Quantidade	Agência / Código do Beneficiário 37-X / 1124-X
				Espécie REAL	Nosso número 30976000000028914
Número do documento 66264/001		CPF / CNPJ 03.521.785/0001-36	Data de Vencimento 16/08/2024		Valor Documento R\$ 287,88
(-) Descontos / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, CNPJ: 45.349.461/0001-02					
Instruções				Autenticação Mecânica	

Corte na linha abaixo

		001-9		00190.00009 03097.600005 00028.914174 7 98100000028788	
Local de pagamento Pagável em qualquer banco					
Beneficiário MEDMASTER COMERCIAL LTDA EPP RUA LUIZ GAMA , 7-55 - VILA INDEPENDENCIA 17054-300 BAURU-SP				Vencimento 16/08/2024	
				Agência / Código do Beneficiário 37-X / 1124-X	
Data do Documento 19/07/2024	Nº do Documento 66264/001	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 25/07/2024	Nosso Número 30976000000028914
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie REAL	Quantidade	Valor	Valor Documento R\$ 287,88
Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário) VALORES EXPRESSOS EM REAIS Apos 16/08/2024 cobrar juros de R\$ 0,98 ao dia Apos 16/08/2024 cobrar multa de R\$ 5,76 Nao receber 29 dias apos vencimento					(-) Descontos / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, CNPJ: 45.349.461/0001-02 JARDIM ARIANO-LINS / São Paulo AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, nº: 303 - CEP: 16400400					
Sacador / Avalista					



Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02815.634007 00094.139177 1 98110000141671
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
Nome/Razão Social:	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
CPF/CNPJ:	04.192.876/0001-38
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE 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:	17/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	12/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.416,71
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.416,71
Valor Pago (R\$):	1.416,71

Data/hora da operação:	12/08/2024 14:55:00
------------------------	---------------------

Código da operação: 025459410
Chave de segurança: NUYXTHRX1MG89KUN

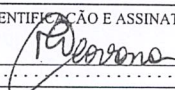
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 18/07/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL Valor Total: 1.416,71		NF-e Nº 000.318.122 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO 19/07/24	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR  568936-9	

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 - Vila Belmiro - SANTOS - SP - CEP: 11075-330 Fone: (13)3228-2305	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.318.122 Série 001 Folha 1/2	
		CHAVE DE ACESSO 3524 0704 1928 7600 0138 5500 1000 3181 2210 0963 5908 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241548751948 18/07/2024 17:03:36
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633566329115	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF 04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE		
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 18/07/2024
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3	BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS	UF SP	TELEFONE / FAX (18)3659-1243
		INSCRIÇÃO ESTADUAL
		HORA DA SAÍDA 17:03:31

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA		
NOME / RAZÃO SOCIAL Louveira hospital	CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO Rua Luiz Martins Cruz 63	BAIRRO / DISTRITO Jardim Lago Azul	CEP 13294-394
MUNICÍPIO LOUVEIRA	UF SP	TELEFONE / FAX

FATURA
DADOS DA FATURA
Número: 318122 - Valor Original: R\$ 1.416,71 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Liquido: R\$ 1.416,71

PARCELAS
Número : 001
Vencimento : 17/08/2024
Valor : R\$ 1.416,71

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.416,71	VALOR DO ICMS 210,26	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.416,71
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 1.416,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI	FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF 12.270.745/0001-50
ENDEREÇO R SAO PAULO, 41	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633751854115		
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO 0,540

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS IPI
20944	CEFTRIAXONA DISS HEMIEPTAIDRATADA IG PO SOL INJ/INFUS IM FA + DIL X 3,5 ML C.P. ANVISA 1163701740132 PMC: R\$110,91 LOTE: 24010726 QTD: 50,00 FAB: 30/07/2023 VAL: 30/07/2025	30042059	000	5102	CX	50,00	10,8100	0,00	540,50	540,50	64,86	0,00	12,00 0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 186480 // Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Entrega 19/07/2024 - Colocar nos dados adicionais da nota: Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R\$: 190,55 Federal R\$: 64,86 Estadual Fonte: IBPT / Recebido Nicole/Guassoma Entrada Nicole Nº banco 32165 2107	

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR
LTDA

Rua Sao Paulo, 13 - Vila Belmiro - SANTOS - SP - CEP: 11075-330
Fone: (13)3228-2305

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.318.122
Série 001
Folha 2/2

CHAVE DE ACESSO

3524 0704 1928 7600 0138 5500 1000 3181 2210 0963 5908

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
135241548751948 18/07/2024 17:03:36

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633566329115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF
04.192.876/0001-38

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	IPI
21680	OMEPRAZOL SODICO 40 MG PO SOL INJ IV CX FA VD TRANS + DIL AMP VD TRANS X 10 ML C.P. ANVISA 1163701650011 PMC: R\$701,86 LOTE: 23110974 QTD: 2,00 FAB: 30/09/2023 VAL: 30/09/2025	30049069	000	5102	CX	2,00	271,4000	0,00	542,80	542,80	97,70	0,00	18,00	0,00
13778	LOSARTANA POTASSICA 50 MG COM REV CT BL AL PLAS TRANS C.P. ANVISA 1256802020228 PMC: R\$655,06 LOTE: 23E78S QTD: 1,00 FAB: 30/05/2023 VAL: 30/05/2025	30049069	000	5102	CX	1,00	63,7200	0,00	63,72	63,72	7,65	0,00	12,00	0,00
9334	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOL OR X 10 ML C.P. ANVISA 1108500300027 PMC: R\$456,75 LOTE: DS24F311 QTD: 1,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/05/2026	30039099	000	5102	CX	1,00	141,6000	0,00	141,60	141,60	16,99	0,00	12,00	0,00
21701	NIFEDIPINO 20 MG COM RETARD CT BL AL PLAS AMB (EMB HOSP) NIFEDIPRESS C.P. ANVISA 1091700340059 PMC: R\$260,98 LOTE: OA0427 QTD: 1,00 FAB: 28/02/2024 VAL: 28/02/2026	30049062	000	5102	CX	1,00	75,9900	0,00	75,99	75,99	13,68	0,00	18,00	0,00
21687	HICLATO DE DOXICICLINA 100 MG COM REV CT BL AL PLAS PVC TRANS DOXICLIN C.P. ANVISA 1410700370070 PMC: R\$31,33 LOTE: 240546 QTD: 5,00 FAB: 01/02/2024 VAL: 01/02/2026	30042099	000	5102	CX	5,00	10,4200	0,00	52,10	52,10	9,38	0,00	18,00	0,00

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 19/07/2024 06:41:37

nsdocs - <https://app.nsdocs.com.br>

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 02815.634007 00094.139177 1 98110000141671	
Beneficiário CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.		Espécie R\$	Quantidade 28156340000094139-6
Endereço R SAO PAULO 13. VILA BELMIRO SANTOS SP - 11075330			
Nr. do documento 318122/1NFE	Contrato 19415963	CPF/CNPJ Beneficiário 04.192.876/0001-38	Vencimento 17/08/2024
(-)		(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO - 45.349.461/0001-02		(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 1.416,71
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,42 desde: 18.08.2024 NAO RECEBER APOS 360 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 02815.634007 00094.139177 1 98110000141671	
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento		Vencimento 17/08/2024	
Beneficiário CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.		Agência/Código Beneficiário 3359-6 / 25002-3	
Data do 18/07/2024	Nr. do documento 318122/1NFE	Espécie doc. DM	Aceite N
Carteira 17		Quantidade R\$	Data process. 23/07/2024
(-) Desconto/Abatimento		Nosso número 28156340000094139-6	
(-) Outras Deduções		Valor Documento 1.416,71	
(-) Mora/Multa		(-) Outros Acrescimos	
(-) Outros Acrescimos		(=) Valor Cobrado 1.416,71	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO - 45.349.461/0001-02 AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 LINS - SP - 16400-400			
Sacador/Avalista			

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0040 / 00013006441-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL
CPF/CNPJ:	12.106.772/0001-91
Valor:	R\$ 40.940,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	12/08/2024
Data / Hora da operação:	12/08/2024 13:57:50

Código da operação:	00136447
Chave de segurança:	0V4G2KYNTGKA9WYG

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



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

13/NFS-E



Número / Série	13 / NFS-E	Emissão	08/08/2024 14:27:25	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	08/08/2024	Código de verificação	HEY7.1ACC.UUBW.4VAL	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---064
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 - Corresponde aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA Prestação de Serviços de controle de acesso Julho/2024	R\$ 46.000,00	1,00	R\$ 46.000,00

Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
0,00	5.060,00	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
46.000,00	1.395,14	0,00	46.000,00	3,0329067 %
Outras Retenções(R\$)			Valor Líquido:	R\$ 40.940,00
0,00				

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 13, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/HEY7.1ACC.UUBW.4VAL>

Data: / /

Assinatura:

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	1350 / 1288 / 000760059504-5

Nome destinatário:	ALINE MOREIRA LINO BATISTA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 310,00

Data de débito:	14/08/2024
Data/hora da operação:	14/08/2024 16:56:38

Código da operação:	915005100
Chave de segurança:	PVQP13SZVFCX94FW

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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000022061-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CONCEICAO DA SILVA
CPF/CNPJ:	322.529.828-02
Valor:	R\$ 310,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	14/08/2024
Data / Hora da operação:	14/08/2024 16:53:21

Código da operação:	00134127
Chave de segurança:	JP3L02M0CGVHWW21

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



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	1350 / 1288 / 000760502546-8

Nome destinatário:	MIDIAN X MAGALHAES
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 620,00

Data de débito:	14/08/2024
Data/hora da operação:	14/08/2024 16:56:25

Código da operação:	915050750
Chave de segurança:	L2PLMFKJZL3F4V80

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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00012472003-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DIENE AGUEDA NORTE
CPF/CNPJ:	060.833.945-89
Valor:	R\$ 310,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	14/08/2024
Data / Hora da operação:	14/08/2024 16:52:42

Código da operação:	00134215
Chave de segurança:	RVN7A39VL5YZS90T

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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0756 / 00000020740-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	KAIQUE STINGLIN
CPF/CNPJ:	464.603.108-66
Valor:	R\$ 310,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	14/08/2024
Data / Hora da operação:	14/08/2024 16:52:55

Código da operação:	00134079
Chave de segurança:	CW6P4F3FZ1W9CS6W

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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00084554934-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	KARLA C SANTOS
CPF/CNPJ:	123.478.557-94
Valor:	R\$ 620,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	14/08/2024
Data / Hora da operação:	14/08/2024 16:53:07

Código da operação:	00134167
Chave de segurança:	RM3C8XPZFTF7F0X4

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



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000030209-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LUCIANA AP MACANHAO
CPF/CNPJ:	423.054.148-11
Valor:	R\$ 310,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	14/08/2024
Data / Hora da operação:	14/08/2024 16:52:29

Código da operação:	00134253
Chave de segurança:	1JT9THVS20L8EVGT

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

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Conta destino:	1350 / 1288 / 000758729069-0

Nome destinatário:	JOSILEIA DE FREITAS SILVA
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 310,00

Data de débito:	14/08/2024
Data/hora da operação:	14/08/2024 16:56:51

Código da operação:	914969200
Chave de segurança:	R8SCJ43NU5MWNXNQ

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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03415.554009 00000.020172 1 98060002671500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA
Nome/Razão Social:	VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA
CPF/CNPJ:	39.256.226/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	12/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	26.715,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	26.715,00
Valor Pago (R\$):	26.715,00

Data/hora da operação:	16/08/2024 10:28:15
------------------------	---------------------

Código da operação: 029068654 Chave de segurança: 57K7J1N0QMSTQYH6

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

IDENTIFICACAO DO EMITENTE

VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAL LTDA

RUA JOAO FRANCISCO VASQUES, no 423, BARRACAO, CENTRO, 16250-000

CLEMENTINA, SP

Fone: (18) 3659-1642

DANFE

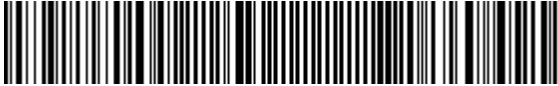
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0-ENTRADA 1-SAIDA

No: 000.000.248

SERIE: 000

FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0739 2562 2600 0193 5500 0000 0002 4818 6371 8881

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

NATUREZA DA OPERACAO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135241631519903 29/07/2024 15:17:49

INSCRICAO ESTADUAL

267016382110

INSCRICAO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

39.256.226/0001-93

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DT. DA EMISSAO

29/07/2024

ENDEREÇO

RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, no 70,

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

17400-000

DT. DA SAIDA

29/07/2024

MUNICIPIO

GARCA

UF

SP

FONE / FAX

() -

INSCR. ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAIDA

16:00:00

FATURA / DUPLICATA

001 29/07/2024 26.715,00

002 12/08/2024 26.715,00

BASE DE CALCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS S.T.		VALOR DO ICMS S.T.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00	0,00		0,00	53.430,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESSORIAS		VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00		0,00		0,00	53.430,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZAO SOCIAL

ROGERIO ANTONIO DOS SANTOS

FRETE/CONTA

0-Emitente

CODIGO ANTT

PLACA/VEIC

UF

CNPJ / CPF

54.337.179/0001-04

ENDEREÇO

RUA DUQUE DE CAXIAS 650

MUNICIPIO

BILAC

UF

SP

INSCRICAO ESTADUAL

QUANTIDADE

61

ESPECIE

VL

MARCA

NUMERACAO

0

PESO BRUTO

1.308,000

PESO LIQUIDO

1.308,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVICOS		NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	QD	VR.UNIT.	VR.TOTAL	BS.ICMS	VR.ICMS	IPI	%ICMS	%IPI	TRIB.
MD120A.41	POLTRONA RECLINAVEL	94029090	0102	5102	Padrao	20,00	1.365,00	27.300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MD097B.9	MESA REFEICAO COM MESA DE CABECEIRA ACOPLADA	94029090	0102	5102	Padrao	18,00	760,00	13.680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MD051A.3	COLCHAO	94042900	0102	5102	Padrao	20,00	585,00	11.700,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MD051B.1	COLCHONETE	94042900	0102	5102	Padrao	3,00	250,00	750,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA														

DADOS ADICIONAIS

ICMS Op.Propria: Base 0,00 - %Reducao 12,00 - %Normal 0,00 - Valor 0,00 TOTAL APROXIMADO DE TRIBUTOS: FEDERAL R\$0,00. ESTADUAL R\$0,00, MUNICIPAL R\$0,00 NOTA FISCAL DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO SUJEITO A RETENCAO DE TRIBUTOS, CONFORME ARTIGO 4 ITEM XI DA NR RFB N 1234/12. ORCAMENTO VENDA DIRETA FRETE CIF ENTREGA: RUA DAS ROSAS, 255 - JARDIM LAGO AZUL, LOUVEIRA/SP PAGAMENTO: BOLETO BANCARIO - 30/45 DIAS APOS EMISSAO NFe * PEDIDO SERA FATURADO PELO EMPRESA VITAL*

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVICOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRONICA INDICADA AO LADO. EMISSAO: 29/07/2024 VALOR TOTAL: 53.430,00 DESTINATARIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 70, CENTRO, GARCA, SP

Data de Recebimento

Identificacao e Assinatura do Recebedor

NF-e

No: 000.000.248

SERIE: 000



Pague agora com o seu Pix

Para efetuar o pagamento via Pix, utilize a opção Pix de seu aplicativo e aponte a câmera do seu aparelho para o QR code ao lado.

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03415.554009 00000.020172 1 98060002671500			
Nome do Pagador / Endereço		CNPJ	Data de Vencimento			
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS, 70 17400-000 GARÇA SP		45.349.461/0001-02	12/08/2024			
Nome do Beneficiário / Endereço		CNPJ	Nosso Número			
VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAIS LT R JOAO FRANCISCO VASQUES 423 - CENTRO 16250-000 CLEMENTINA SP		39.256.226/0001-93	00034155540000000020			
			Valor do Documento		26.715,00	
Uso do Banco	Nr. do documento	Espécie Doc	Aceite	Data Processamento	(=) Valor Pago	
	248-02	DM	N	29/07/2024		
Autenticação mecânica						

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03415.554009 00000.020172 1 98060002671500			
Local do Pagamento		Data de Vencimento				
Pagar preferencialmente nos canais de autoatendimento do Banco do Brasil.		12/08/2024				
Nome do Beneficiário		CNPJ	Agência/Código do Beneficiário			
VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAIS LT		39.256.226/0001-93	7646-5/844-3			
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie Doc	Aceite	Data Processamento	Nosso Número	
29/07/2024	248-02	DM	N	29/07/2024	00034155540000000020	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento	
	17	R\$			26.715,00	
Informações de Responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto/Abatimento	
JUROS: DISPENSADO					0,00	
					(+) Juros/Multa	
					0,00	
					(=) Valor Cobrado	
					26.715,00	

Nome do Pagador / Endereço		CNPJ
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS, 70 17400-000 GARÇA SP		45.349.461/0001-02
Beneficiário Final		CPF / CNPJ



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	45090.01006 00020.738076 46502.738506 1 98060000300500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	FITBANK PAGAMENTOS ELETRONICOS S.A.
Código do Banco:	450
Código do ISPB:	13203354
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
Nome/Razão Social:	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
CPF/CNPJ:	49.983.528/0001-17
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
CPF/CNPJ:	49.983.528/0001-17
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	12/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.005,00
Juros (R\$):	4,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	60,10
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.069,10
Valor Pago (R\$):	3.069,10

Data/hora da operação:	16/08/2024 10:28:40
------------------------	---------------------

Código da operação:	029068942
Chave de segurança:	FS02RESPGUEZCNT1

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



FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA

R ARARITAGUABA, 381
VILA MARIA ALTA - 02122-010
Sao Paulo - SP Fone: (11) 99590-4723

DANEE
Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 380
Série 1
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0649 9835 2800 0117 5500 1000 0003 8013 1617 3138

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

135241369977456 - 27/06/2024 14:39:31

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Mercadoria Adquirida/Recebida de Terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL

138.821.076.116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

49.983.528/0001-17

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

27/06/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

27/06/2024

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

Garça

SP

(14) 99721-8645

14:39:27

FATURA / DUPLICATA

Num.	001	Num.	002
Venc.	28/07/2024	Venc.	12/08/2024
Valor	R\$ 3.005,00	Valor	R\$ 3.005,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.010,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.010,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

(1) Remetente (Transp. Próprio)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO (KG)

PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	QUANTIDADE	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
SYM.40/26/20-R	Estante de Aço 6 prateleiras linha leve, medindo 2,00x0,92x0,42.	94031000	0102	5102	UN	9	325,00	2.925,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
STM.30/26/20-R	Estante de aço com 06 prateleiras, c/ parafuso Linha Leve, medindo 2,00x0,92x0,30.	94031000	0102	5102	UN	5	285,00	1.425,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AE-17/70	Armário de aço chapa 26 1700 x 700 x 300	94031000	0102	5102	UN	2	830,00	1.660,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Email do Destinatário: rogerinho.vitor@hotmail.com
Inf. Contribuinte: I-Documento emitido por MEI, ME ou EPP, optante pelo Simples Nacional. II-Não gera direito a crédito fiscal de IPI.
Produto destinado a Consumidor Final.

RESERVADO AO FISCO

Beneficiário

Nome: FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
CPF/CNPJ: 49.983.528/0001-17

Pagador

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS 50, WILLIAMS, Garca - SP,
CEP: 17402064
Contato: 14997218645 / rogerinho_vitor@hotmail.com

Informações adicionais

Cobrança referente ao documento 380 2/2, com vencimento em 12/08/2024. Após o vencimento, título sujeito à multa de 2,00% e juros de 1,00% a.m.



Banco 450-0

Vencimento	12/08/2024
Beneficiário	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
CPF/CNPJ: 49.983.528/0001-17	
Agência / Código do Beneficiário	0001 / 1700937702-3
Pagador	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Carteira / Nosso número	1 / 0010273800000207
(=) Valor documento	R\$ 3.005,00
(-) Desconto / Abatimentos	/ R\$ 0,00
(+) Juros / Multa	1,00% / 2,00%



Local de pagamento				
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM CANAIS ELETRONICOS DA SUA INSTITUIÇÃO				
Beneficiário				
FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA - CPF/CNPJ: 49.983.528/0001-17				
Data de o	Nº documento	Espécie doc	Aceite	Processamento
27/06/2024	---		N	27/06/2024
Uso do banco		Carteira	Espécie	Qtd. (x) Valor
		1	R\$	1
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)				
NÃO ACEITAR PAGAMENTO COM CHEQUE				
Cobrança referente ao documento 380 2/2, com vencimento em 12/08/2024. Após o vencimento, título sujeito à multa de 2,00% e juros de 1,00% a.m.				
Pagador				
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02				
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50, WILLIAMS, Garca - SP, CEP: 17402064				
Sacador/Avalista: FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA - CPF/CNPJ: 49983528000117				



Banco Emissor 450 - 0 Linha digitável 45090.01006 00020.738076 46502.738506 1 98060000300500

Vencimento	12/08/2024
Agência / Código Beneficiário	0001 / 1700937702-3
Carteira / Nosso número	1 / 0010273800000207
(=) Valor documento	R\$ 3.005,00
(-) Desconto / Abatimentos	/ R\$ 0,00
(-) Outras deduções	R\$ 0,00
(+) Juros / Multa	1,00% / 2,00%
(=) Valor Cobrado	

Cód. baixa



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	45090.01006 00020.538070 39802.738102 8 98060004392500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	FITBANK PAGAMENTOS ELETRONICOS S.A.
Código do Banco:	450
Código do ISPB:	13203354
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
Nome/Razão Social:	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
CPF/CNPJ:	49.983.528/0001-17
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA
CPF/CNPJ:	49.983.528/0001-17
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	12/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	43.925,00
Juros (R\$):	58,55
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	878,50
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	44.862,05
Valor Pago (R\$):	44.862,05

Data/hora da operação:	16/08/2024 10:28:58
------------------------	---------------------

Código da operação:	029069209
Chave de segurança:	M0QTLU7TNVRU1X02

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



FRANCO MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA

R ARARITAGUABA, 381
VILA MARIA ALTA - 02122-010
Sao Paulo - SP Fone: (11) 99590-4723

Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 379
Série 1
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0649 9835 2800 0117 5500 1000 0003 7913 0058 5473

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 Adquirida/Recebida de Terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241369960128 - 27/06/2024 14:37:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL

138.821.076.116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

49.983.528/0001-17

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

MUNICÍPIO

Garça

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

UF

FONE / FAX

SP

(14) 99721-8645

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO

27/06/2024

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

27/06/2024

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

14:37:22

FATURA / DUPLICATA

Num.	001	Num.	002
Venc.	28/07/2024	Venc.	12/08/2024
Valor	R\$ 43.925,00	Valor	R\$ 43.925,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	87.850,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	87.850,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

(S) Remetente (Transp. Próprio)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO (KG)

PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CROSM	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
00503.01.003 9/ ESTOF	Longarina Atlanta, 03 lugares estofado, medindo 171 x L 50 x A 74 cm Altura Assento: 39 cm.	94031000	0102	5102	UN	37	1.200,00	44.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GP- 63/7	ESTANTE P/BINS No 7 200x160x30P	94031000	0102	5102	UND	8	2.500,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GRP 5/12	Roupeiro 12 Portas pequenas Chapa 26 na cor cinza, medindo 1980 x 930 x 400 mm	94031000	0102	5102	UN	5	1.150,00	5.750,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
GP- 144/3	ESTANTE P/BINS No3	94031000	0102	5102	UND	6	1.200,00	7.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00504.01.003 9/ EST	Longarina Atlanta, 04 lugares estofado, medindo 148 x L 226 x A 74 cm Altura Assento: 39 cm	94031000	0102	5102	UN	10	1.550,00	15.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Email do Destinatário: rogerinho_vitor@hotmail.com
Inf. Contribuinte: I-Documento emitido por MEI, ME ou EPP, optante pelo Simples Nacional. II-Não gera direito a crédito fiscal de IPI.
Produto destinado a Consumidor Final.

RESERVADO AO FISCO



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.858172 8 98130000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	19/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação:	16/08/2024 16:28:03
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	029210666
Chave de segurança:	RHTMYQUY4SY12RVC

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

RECEBEMOS DE ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO										NF-e Nº 000.012.738 Série 001								
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR																
ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br CEP 13.222-760										DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.012.738 SÉRIE 001 FOLHA 1/1			 3524 0737 8340 1200 0121 5500 1000 0127 3810 0014 7992 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora					
NATUREZA DO OPERAÇÃO VENDA										DADOS DA NF-e Protocolo: 135241631084048 Data: 29/07/2024 14:39								
INSCRIÇÃO ESTADUAL 712168965111					INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.					CNPJ 37.834.012/0001-21								
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 MUNICÍPIO GARÇA FONE (16) 3374-8438 UF SP										CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02			DATA DA EMISSÃO 29/07/2024		DATA SAÍDA / ENTRADA 29/07/2024		HORA SAÍDA 14:38:02	
FATURA / DUPLICATA 001 - 480,00 - 19/08/2024																		
CÁLCULO DO IMPOSTO																		
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS			BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST			VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO			VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 480,00							
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI			VALOR TOTAL DA NOTA 480,00							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																		
NOME / RAZÃO SOCIAL					FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 9		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF					
ENDEREÇO					MUNICÍPIO					UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL						
QUANTIDADE 3		ESPÉCIE CILINDROS		MARCA DIVERSOS		NÚMERO 0		PESO BRUTO 0		PESO LÍQUIDO 0								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																		
CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI						
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAAXVAA-NS IISV - 25/07/2027;	28044000	0102	5102	M3	30,00	16,00	480,00										
DADOS ADICIONAIS														RESERVADO AO FISCO				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 64,56 (13,45%) FEDERAL E R\$ 86,40 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1:DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NACIONAL).;														CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

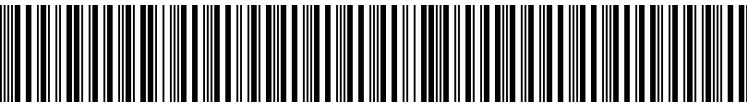
1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use modo
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita do
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00003.858172 8 98130000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003858-9	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003836	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 19/08/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 20.08.2024 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 00003.858172 8 98130000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 19/08/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 29/07/2024	Nr. do documento 003836	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 16/08/2024	Nosso número 32905220000003858-9
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 20.08.2024 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 480,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.39803 24207.000035 47000.283102 7 98150000068203
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	21/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	682,03
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	682,03
Valor Pago (R\$):	682,03

Data/hora da operação:	16/08/2024 16:28:17
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	029210857
Chave de segurança:	NCMHVHCW1T6V7H5E

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

		ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200 PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000 SAO PAULO - SP - CEP: 02190-050 www.ativalog.com.br		AUTORIZAÇÃO 25/07/24 15:55		FL 1/1									
CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTIC 01201936		Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico		SÉRIE 16		NÚMERO 005646964		MODAL RODOVIÁRIO		MODELO 57		Nº PROTOCOLO 135241979560811			
TIPO DO CT-E NORMAL		TIPO DO SERVIÇO NORMAL		CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 5352 Transp a est Industrial		CONTROLE DO FISCO									
ORIGEM DA PRESTAÇÃO ARUJA/SP		DESTINO DA PRESTAÇÃO LOUVEIRA/SP		EMITIDO POR ricardos											
Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br 35.2407.01.125.797/0007-01-57-016-005.646.964-130.347.569-4															
REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CEP 07430-350 CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700															
DESTINATARIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA END AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 585 MIRANDOPOLIS MUN MIRANDOPOLIS - SP CEP 16800-000 CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243															
EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CEP 07430-350 CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700															
RECEBEDOR/OC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (..) END RUA LUIS MARTINS CRUZ 63 SANTO ANTONIO MUN LOUVEIRA - SP CEP 13290-001 CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243															
TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CEP 07430-350 CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700															
OBSERVAÇÕES CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA CO4961999 - ROTA: SAOI/C PQR - TARIF: 015 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: RICARDO DA S ILVA SANTOS - N PEDIDO: R35P32V1.691567. - Tratamento de dados pes soais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, VI). - DEIXAR VIA DACTE NO DESTINATARIO, ENTREGA URGENTE CL IENTE HOSPITALAR.															
FRETE PESO 22,47 FRETE VALOR 1,46 DESPACHO 10,08 GRIS 4,98 PEDAGIO 6,66 TSO 4,90 IMP REPASSADO 6,89															
PROD PREDOMIN ESCOPOLAMINA 20 ESPECIE CAIXAS VALOR MERCADORIA (R\$) 682,03 QTDE PARES/VOLUMES 0 CUBAG(m3)/PESO (Kg) 0,0100 1,450 PESO CALCULO (Kg) 3,000															
SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA NORMAL BASE CÁLCULO 57,44 ALIQ DIFAL/ICMS(%) 0,00 12,00 VALOR ICMS 6,89 DIFAL ICMS ORIG/DEST 0,00 0,00 CRED PRES/ICMS ST 0,00 0,00															
FRETE TOTAL (R\$) 57,44 VALOR A RECEBER (R\$) 57,44															
DETAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$ ICMS/ISS: 6,89 PIS: 0,72 COFINS: 3,34 TOTAL: 10,95 CHAVES NF-E/CT-E NF-E: 35240711206099000441550010006940201119008010															
PIX															
PLACA COLETA AQH4652 TOMADOR REMET COBRAR A PRAZO PREV.ENTREGA 26/07/24 NR 00141165440162 - 00141165440474															
TENTATIVAS DE ENTREGA 1º ____/____/____-____:____ 2º ____/____/____-____:____ 3º ____/____/____-____:____															
DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA ☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____ ☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____ _____ NOME COMPLETO - LEGÍVEL RG/CPF DATA/HORA ASSINATURA/CARIMBO															
SAO 405258-7 CPQ / 09 PROCESSADO POR SSW.NF.BR															

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDAAvenida Tower Automotiva, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 694020
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524 0711 2060 9900 0441 5500 1000 6940 2011 1900 8010

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc.PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241599117483 24/07/2024 22:57:56INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

24/07/2024

ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DE ENTRADA

25 JUL 2024

MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2024 682,03

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
682,03	90,05	0,00	0,00	682,03
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				682,03

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULOUF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

1,45

PESO LÍQUIDO

1,45

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24856	ESCOPOLAMINA 20MG 100AMP 1ML GEN-FARMACE LT HS24A004 (4) 12/2025 (Fornecedor: 2385, Lote: HS24A004, Qtde: 4, Data Fab: 01/03/- 2024, Data Val: 31/12/2025)	30039099	000	5102	CX	4	136,3300	545,32	545,32	65,44		12,00	
2750	NARCAN(CI) 0,4MG/ML 10AMP 1ML-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 50011005 (1) 02/2026 (Fornecedor: 2591, Lote: 50011005, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/20- 26)	30044990	500	5102	CX	1	136,7100	136,71	136,71	24,61	0,00	18,00	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID - 355696789 ||#R35P32V1 R35P2V1 ||

Pedido: 691567

End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,

LOUVEIRA-SP

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 2 Cubagem: 0,01

Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS
(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM

RELACIONADAS NO CANHOTO DA

NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

RESERVADO AO FISCO

		237-2	23793.39803 24207.000035 47000.283102 7 98150000068203		
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02					
Sacador/Avalista					
Nosso Número 42070000347-	Nr.Documento 6694020U	Data de Vencimento 21/08/2024	Valor do Documento R\$ 682,03	(=) Valor Pago R\$ 682,03	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT CPF/CNPJ: 11.206.099/0004-41 AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 2937 BLOCO A3 ANDAR SALA - JABAQUARA 04308-970 SAO PAULO - SP					
Agência/Código do Beneficiário 3398/0002831			Autenticação Mecânica		

		237-2	23793.39803 24207.000035 47000.283102 7 98150000068203		
Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU NO BRADESCO EXPRESSO			Vencimento 21/08/2024		
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT CPF/CNPJ: 11.206.099/0004-41 AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 2937 BLOCO A3 ANDAR SALA - JABAQUARA 04308-970 SAO PAULO - SP			Agência/Código do Cedente 3398/0002831		
Data do Documento 24/07/2024	Número do Documento 6694020U	Espécie Doc DM	Aceite 0	Data do Processamento 29/07/2024	Nosso Número 42070000347
Uso do Banco	Carteira 002	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 682,03
Instruções *** VALORES EXPRESSOS EM REAIS JUROS POR DIA DE ATRASO.....R\$ 1,14					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 682,03
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL / 45.349.461/0001-02					
Sacador/Avalista			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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.880176 7 98150000081000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	21/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	810,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	810,00
Valor Pago (R\$):	810,00

Data/hora da operação: 16/08/2024 16:28:34

Código da operação: 029210989

Chave de segurança: PJ1WPSGY78L1VF48

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 Jundiá, 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:
001790
Via Única:
Emissão:
31/07/2024

Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB

Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

Bairro: Williams

Cidade: Garça

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

IE/RG:

CEP: 17402\1-064

UF: SP **Fone:** (16) 3374-8438 /

Vencimento: 21/08/2024

Dados do Documento

Código:	Descrição:	Quantidade:	Unitário:	Total:
1495	Locação cilindro de oxigenio cap. 10m³ medicinal	12,00	40,00	480,00
1484	Locação cilindro de ar comprimido cap. 10m³	6,00	40,00	240,00
1496	Locação cilindro de oxigenio cap. 1m³	3,00	30,00	90,00

Valor Total da Fatura de Cobrança: 810,00

Dados do Documento

LOCAÇÃO REFERENTE AO MÊS DE JULHO

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL 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:

001790

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

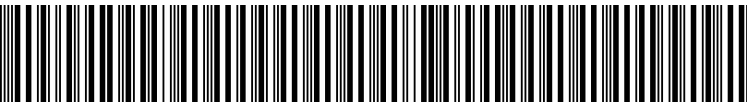
1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use modo
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita do
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00003.880176 7 98150000081000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003880-5	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003858	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 21/08/2024	Valor Documento 810,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 810,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,11 desde: 22.08.2024 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 00003.880176 7 98150000081000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 21/08/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 02/08/2024	Nr. do documento 003858	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 16/08/2024	Nosso número 32905220000003880-5
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 810,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,11 desde: 22.08.2024 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 810,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10209.180149 21443.850009 8 98140002880480
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
Nome/Razão Social:	BENEFICIOS UPS LTDA
CPF/CNPJ:	17.359.884/0001-78
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	20/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	28.804,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	28.804,80
Valor Pago (R\$):	28.804,80

Data/hora da operação:	16/08/2024 16:28:48
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	029211168
Chave de segurança:	SCV3EPMENVKS32P2

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

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: 28.803,80

TOTAL DO PEDIDO Nº 49454 : 28804,80

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



CNPJ: 45.349.461/0001-02 Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Pedido: 49454 Período: 01/08/2024 até 31/08/2024
Total Benefícios: R\$ 28.804,80

Departamento: LOUVEIRA

Matrícula: Nome: ADNA RENATA DE FREITAS SABINO
CPF:017.039.464-64 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 1 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 1 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 1 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: AMANDA LEITE MACHADO
CPF:378.318.698-67 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 1 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: ANA CLEIA ALVES DA SILVA
CPF:042.771.081-21 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 1 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:108.180.838-16
Escala: GERAL 1 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 1 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 1 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:328.960.728-37
Escala: GERAL 1 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:136.810.494-08
Escala: GERAL 1 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
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: BIANCA 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:029.380.545-80
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: BIANCA SOUZA MESSIAS
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:080.585.187-94
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: BRUNA FERREIRA GINEFRA
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:468.611.218-43
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: BRUNA MENDES 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:302.234.038-90
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV
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:322.529.828-02
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: CONCEICAO DA SILVA MARTINS
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:274.278.608-29
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: CRISTIANE REGINA 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:064.466.175-50
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DANIELE BARROS DIAS
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:407.511.418-01
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DEBORA DE OLIVEIRA 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:299.848.658-43
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DEISE FERREIRA 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:396.271.268-29
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DEISIANE MACIAL TELES
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:059.816.155-40
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DELFRAN JOSE DE SANTANA
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:060.833.945-89

Nome: DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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:310.307.658-47		Nome: EDILENA DIOGO RIBEIRO	
Escala: GERAL 1 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:004.814.519-00		Nome: EDINEIA DIOGO CAINELI	
Escala: GERAL 1 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:369.270.938-26		Nome: EDUARDO HUMBERTO CAMARGO	
Escala: GERAL 1 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:089.820.446-12		Nome: EMILLY FERREIRA JORGE	
Escala: GERAL 1 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:269.625.168-19		Nome: EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	
Escala: GERAL 1 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:

Nome: FABIANA DA SILVA

CPF:271.871.438-77

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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: FABIULA DE JESUS SILVA

CPF:450.623.728-52

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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: FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS

CPF:372.418.278-30

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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: FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO

CPF:418.188.038-95

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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: FRANCIIVALDA DE SOUSA SILVEIRA

CPF:334.416.328-00

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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: GABRIELA FALAVINHA M LIMA

CPF:477.005.118-29

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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:045.037.375-46
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GABRIELE MARQUES SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA
Departamento: LOUEIRA

	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:274.310.598-41
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA
Departamento: LOUEIRA

	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:480.148.818-85
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GEOVANA ROSA DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA
Departamento: LOUEIRA

	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:019.654.155-71
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA
Departamento: LOUEIRA

	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:355.061.238-92
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA
Departamento: LOUEIRA

	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:333.645.528-60
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUEIRA
Departamento: LOUEIRA

	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:873.215.054-72
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:358.386.428-07
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:325.873.718-56
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: IDIRLEI FERNANDO DE MELO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:422.871.998-88
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: JAKSON DA SILVA LOVATO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:112.404.416-73
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: JANAINA FERNANDES LISBOA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:460.263.238-64
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:319.980.348-28 Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA 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:372.515.838-01 Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES 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:405.633.238-09 Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JESSICA MAYARA KAIP 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 1 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 1 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:464.603.108-66 Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA 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  1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:461.436.398-92
Escala: GERAL  1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: KEITH FERREIRA DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:051.267.932-09
Escala: GERAL  1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: LAIS DOS SANTOS CHAVES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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  1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: LEIDIANE LOPES BARROSO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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  1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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  1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: LEILIANE VIEIRA SOARES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:423.054.148-11
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LUCIANA APARECIDA MACANHAO
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 1 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
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LUIZ CARLOS 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:087.568.594-30
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES
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:093.450.677-95
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARCELLA DE AZEVEDO LUZ
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:062.747.614-70
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA
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:427.314.372-00
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA APARECIDA JOSE 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:149.956.938-66
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO
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:375.021.178-73
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA EDUARDA PINTO DA 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:161.778.528-82
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA FELICIANO DE ANDRADE 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:923.280.244-91
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA QUINO 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:120.530.094-54
Escala: GERAL 1 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 1 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:042.633.864-26
Escala: GERAL 1 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:498.294.578-00
Escala: GERAL 1 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 1 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 1 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

Nome: MIDIAN XAVIER MAGALHAES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 1 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:485.678.708-01		Nome: MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM	
Escala: GERAL 1 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:105.585.596-38		Nome: NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA	
Escala: GERAL 1 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:486.733.988-19		Nome: NICOLE DA CRUZ LOPES	
Escala: GERAL 1 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:453.887.278-40		Nome: PAULA SILVA TORRES	
Escala: GERAL 1 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:410.495.968-54		Nome: RAFAELA PORTO DA COSTA	
Escala: GERAL 1 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:	Nome: RAMON BARBOSA NASCIMENTO
-------------------	---------------------------------------

CPF:422.842.158-07 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 1 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 1 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 1 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 1 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: RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO
CPF:043.299.555-20 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 1 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: ROSANA APARECIDA DA SILVA
CPF:302.940.908-27 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Escala: GERAL 1 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:151.836.698-80
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: RUTIERI ROCHA DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SARAH VITORIA MATOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SHEILA SOARES ANDRADE
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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:047.919.185-92
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SHIRLEY DOS SANTOS MELO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

Nome: SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	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:318.647.778-69

Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

Nome: SILVANIA DA SILVA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

Nome: SILVIA DE SOUZA YANSEN

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

Nome: SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

Nome: SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	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:081.681.544-52

Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

Nome: SUZIELE DA SILVA ROCHA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	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:040.292.485-19
Escala: GERAL 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: TAMIRES NOGUEIRA MARQUES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: VANDERLI SOARES DA CRUZ
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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 1 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	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\$ 28.804,80

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\$ 28.804,80

Emissão: 30/07/2024 16:12



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	0040 / 00002001326-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JACSON DA SILVA LOVATO
CPF/CNPJ:	422.871.998-88
Valor:	R\$ 592,51
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:27:54

Código da operação:	00106966
Chave de segurança:	VYAU5QV3G0NY2FC5

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

TERMO DE RESCISAO 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 202.16987.97-5		11 Nome JAKSON DA SILVA LOVATO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA ANTONIO BONESSO, 124 - CASA 2				13 Bairro PARQUE BRASIL	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-200	17 CTPS (nº, série, UF) 60850000000 - 00351 / SF	18 CPF 422.871.998-88
19 Data de Nascimento 07/10/1992		20 Nome da Mãe LUIZA BATISTA DA SILVA			
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. 1.955,00		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 06/08/2024	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 6/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 391,00	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 1/12 avos	R\$ 162,92	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 162,92	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 54,31
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\$ 133,58				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 904,73
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\$ 260,67	112.1 Previdência Social	R\$ 39,34
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 12,21	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 312,22
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 592,51



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00033951389-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FC SERVICOS ODONTOLOGICO
CPF/CNPJ:	56.177.982/0001-46
Valor:	R\$ 3.500,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:29:26

Código da operação:	00107662
Chave de segurança:	2M4MA7FGJQHJQJP0

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20240812056177982000146

Número da Nota

00000001

Data e Hora de Emissão

12/08/2024 16:22:30

Código de Verificação

MCBP-XMTR

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 56.177.982/0001-46Inscrição 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 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 Órgão Prefeitura Municipal de Louveira, Plantões dos dias 24/07 Diurno, 24/07 Noturno, 28/07 Noturno, 31/07 Diurno, 31/07 Noturno

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.500,00

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;

FC SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA:	Dr. José Eduardo
Banco : 336	
Agencia: 0001	
CC: 33951389-6	
CNPJ 561779820001-46	



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	077 - BANCO INTER S/A - 00416968
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00038202316-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	BRUCTOR PARTNERS
CPF/CNPJ:	06.995.838/0001-49
Valor:	R\$ 2.627,80
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:29:46

Código da operação:	00107864
Chave de segurança:	4V3GX16LQJZ8KT2X

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

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO Departamento de Finanças Rua 7 de Setembro, 398 - Centro	Número do RPS	Número da nota 3
		Data da emissão da nota 14/08/2024 15:49:33	
		Data do fato gerador 14/08/2024 15:49:33	
		Código de verificação J2GB8Q7WY	

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 001/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.	2.800,0000	1,0000	2.800,0000	2.800,00x3,00 =	84,00
PLANTÕES REALIZADOS:					
DIURNO: 25/07/2024					
NOTURNO: 25/07/2024, 26/07/2024, E 29/07/2024					
R\$ 700, 00 CADA PLANTÃO .					

Forma de Pagamento							
Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	2.627,80				

RETENÇÕES FEDERAIS					
PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 18,20	R\$ 84,00	R\$ 0,00	R\$ 42,00	R\$ 28,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 2.800,00		Valor líquido = R\$ 2.627,80			

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	2.800,00	84,00

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\$ 376,60 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 59,64 (2,13%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT	
Verificar autenticidade	

BRUCTOR PARTINERS SAUDE LTDA	Dr.Fernando e Dr. Bruno Coelho
Banco: 077	
Agencia : 077	
CC: 38202316-1	
CNPJ 06995838000149	



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00028122642-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	KARINA EORENDJIAN ODONTOLOGIA
CPF/CNPJ:	50.228.628/0001-17
Valor:	R\$ 700,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:30:51

Código da operação:	00108262
Chave de segurança:	US0NTZZ3CTQQSHGV

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

		PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 17							
Data e Hora da Emissão		12/08/2024 18:42:51		Competência		12/8/2024		Código de Verificação		FIRN2FE1X			
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		LOUVEIRA - SP			
Dados do Prestador de Serviços													
		Razão Social/Nome		KARINA EORENDJIAN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA									
		Nome Fantasia											
		CNPJ/CPF		50.228.628/0001-17		Inscrição Municipal		602053		Município		GUARULHOS - SP	
		Endereço e Cep		AVENIDA SALGADO FILHO ,2120 - CENTRO CEP: 07115-000									
		Complemento:		SALA 208		Telefone:		(11)2791-1168		e-mail:		contato@bvdconsultoria.com.br	
Dados do Tomador de Serviços													
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL											
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		GARÇA - SP			
Endereço e CEP		RUA Doutor Orlando Thiago Santos ,50 - Williams CEP: 17402-064											
Complemento:				Telefone:				e-mail:					
Discriminação dos Serviços													
SERVIÇOS ODONTOLOGICOS PRESTADOS.													
CONTRATO GESTÃO 001/2024 - ORGÃO; PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.													
Código do Serviço / Atividade													
4.12 / 863050401 - Serviços de clínicas, consultórios , ambulatorios odontológicos e no domicílio do paciente													
Detalhamento Específico da Construção Civil													
Código da Obra						Código ART							
Tributos Federais													
PIS				COFINS				IR(R\$)					
INSS(R\$)				CSLL(R\$)									
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município					
Valor dos Serviços R\$		700,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		700,00					
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei							
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado							
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		700,00					
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,00					
(-) ISS Retido		0,00		1 - Sim		ISS a reter:		() Sim (X) Não					
(=) Valor Líquido R\$		700,00		Incentivador Cultura		(-) Valor do ISS: R\$		0,00					
				2-Não									
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, guarulhos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.											

KARINA EORENDJIAN ODONTOLOGIA
Banco: 336
Agencia: 0001
CC: 28122642-3
CNPJ 502286280001-17



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00145551197-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA
CPF/CNPJ:	56.389.980/0001-10
Valor:	R\$ 1.400,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:30:19

Código da operação:	00108102
Chave de segurança:	8JYLNEKJLSP40UF5

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

 20240813u56389980000110	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Número da Nota 00000001	
			Data e Hora de Emissão 13/08/2024 09:36:10	
		Código de Verificação MNSX-GWC7		
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 Plantão Diurno 26/07 Plantão Diurno 29/07 Valor R\$ 1.400,00				
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;				

DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA LTDA
Banco: 260
Agencia: 0001
CC: 145551197-5
CNPJ 463494610001-22



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00288015787-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA
CPF/CNPJ:	56.307.736/0001-61
Valor:	R\$ 1.400,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:30:37

Código da operação:	00108177
Chave de segurança:	GMZ724V36ZHHPEQH

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20240814u56307736000161

Número da Nota

00000001

Data e Hora de Emissão

14/08/2024 07:13:52

Código de Verificação

XBTM-PTGA

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 56.307.736/0001-61

Nome/Razão Social: LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA LTDA

Endereço: R BALTAZAR LISBOA 170, APT 64 - VILA MARIANA - CEP: 04110-900

Município: São Paulo

Inscrição Municipal: 1.453.973-0

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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

Município: Garça

Inscrição Municipal: ----

UF: SP

E-mail: controladoria@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço odontológico

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

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;

LARISSA GALVÃO ODONTOLOGIA LTDA
Banco: 260
Agencia: 0001
CC: 288015787-1
CNPJ 560377360001-61



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	403 - CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A. - 37880206
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00005057950-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA
CPF/CNPJ:	53.710.601/0001-54
Valor:	R\$ 700,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:30:04

Código da operação:	00108008
Chave de segurança:	JTET3FP65VQ1YJK8

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

		MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 2					
Data e Hora da Emissão		12/08/2024 16:30:28		Competência		08/2024		Código de Verificação		8KLHJCSTB	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		JUNDIAI - SP	
Prestador de Serviço											
Razão Social/Nome		FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		53.710.601/0001-54		Inscrição Municipal		171501		Município		JUNDIAI - SP	
Endereço e CEP		EMÍLIO ATIQUE - 263, JARDIM PAULISTA I, CEP: 13208320									
Complemento				Telefone		(11)97688-8460		e-mail		fernandacd03@hotmail.com	
Tomador de Serviço											
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		GARCA - SP	
Endereço e CEP		RUA Doutor Orlando Thiago Santos - 50, Williams, CEP: 17402064									
Complemento				Telefone				e-mail			
Discriminação do Serviço											
Prestação de serviço odontológico Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira 1 Plantão no dia 30/07/2024 Valor total R\$ 700,00 Dados bancários para pagamento: Agência: 0001 Conta: 5057950-1 Instituição: 403 - Cora SCD Nome da Empresa: 53.710.601 FERNANDA CARVALHO CNPJ: 53710601000154											
Código do Serviço / Atividade											
4.12.00 / 21 - CLINICA ODONTOLOGICA											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS (R\$)		0,00		COFINS (R\$)		0,00		IR (R\$)		0,00	
INSS (R\$)		0,00		CSLL (R\$)		0,00					
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço				Outras Informações				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor do Serviço R\$		700,00		Natureza Operação				Valor do Serviço R\$		700,00	
(-) Desconto Incondicionado		0,00		1-Exigível				(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00	
(-) Desconto Condicionado		0,00		Regime Especial Tributação				(-) Desconto Incondicionado		0,00	
(-) Retenções Federais		0,00						Base de Cálculo		700,00	
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional				(x) Alíquota %		2,00	
(-) ISSQN Retido		0,00		2 - Não				ISSQN a Reter		() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$		700,00		Incentivador Cultural				(=) Valor do ISSQN R\$		14,00	
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://jundiai.giss.com.br com a utilização do Código de Verificação. null null									

FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA
Banco: 403 (cora)
Agencia: 0001
CC: 5057950-1
CPF 128575208-24



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
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:	LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE
CPF/CNPJ:	31.275.474/0001-70
Valor:	R\$ 336.170,70
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 10:31:20

Código da operação:	00108378
Chave de segurança:	VJP7V22AXK7Q861R

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 02/08/2024	Hora Emissão 09:14	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA	
	Código Autenticidade 905U.8347.2158.9120699-Z		Número da Nota 000478	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 358.200,00	Valor Total 358.200,00

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 EM/Odontologia/Pediatria e EM/RT e Coordenações.
Plantões: CM 60 plantões R\$ 99.000,00/CM-EM 32 plantões R\$ 54.400,00/PED 59 plantões R\$ 106.200,00/PED-EM 30 plantões R\$ 55.500,00/Odontológicos 16 plantões R\$ 23.200,00 (RT) R\$ 8.500,00
Coordenações: Odontologia R\$ 2.400,00/CM R\$ 4.500,00/PED R\$ 4.500,00
Valor total dos serviços referente ao período de 16/07 a 31/07: R\$ 358.200,00
Local: LOUVEIRA/SP
CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 VALOR LIQUIDO: R\$ 336.170,70
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
5.373,00	2.328,30	10.746,00	3.582,00

VALOR TOTAL DA NOTA 358.200,00

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

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 905U.8347.2158.9120699-Z
RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	
..... Local	 Assinatura



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2254 / 00000030209-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LUCIANA APARECIDA MACANHAO
CPF/CNPJ:	423.054.148-11
Valor:	R\$ 1.161,59
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	16/08/2024
Data / Hora da operação:	16/08/2024 16:27:43

Código da operação:	00131409
Chave de segurança:	0UWR93UE6YUM9CPY

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

TERMO DE RESCISAO 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 164.02200.20-5		11 Nome LUCIANA APARECIDA MACANHAO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA JUCELIO GAMA DE OLIVEIRA, 10				13 Bairro NUCLEO PAU A PIQUE	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-733	17 CTPS (nº, série, UF) 60709000000 - 00351 / SF	18 CPF 423.054.148-11
19 Data de Nascimento 30/04/1993		20 Nome da Mãe MARIA APARECIDA DOS SANTOS MACANHAO			
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. 2.626,27		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 08/08/2024	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 7/dias Salário (Líquido de 1/faltas e DSR)	R\$ 408,34	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 65,89	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 51,57 horas 40,00%	R\$ 208,10
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\$ 29,73	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 1/12 avos	R\$ 208,20	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 208,20	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 69,40
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 (AUXILIO CRECHE)	R\$ 310,00	95.1 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 13,13		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 1.520,99
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\$ 249,85	112.1 Previdência Social	R\$ 54,38
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 15,61	114.1 IRRF	R\$ 39,56	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 359,40
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.161,59



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.47483 41700.000007 03173.901012 4 98140000429000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	LOCAMA LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA E
Nome/Razão Social:	MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALA
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:	20/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	21/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	4.290,00
Juros (R\$):	4,29
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	85,80
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	4.380,09
Valor Pago (R\$):	4.380,09

Data/hora da operação: 21/08/2024 11:01:39

Código da operação: 034085571

Chave de segurança: TXFFHCVK95HMGGUX

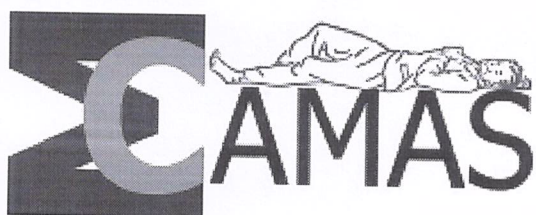
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**FATURA DE LOCAÇÃO**

N.º: 5238

NAT. DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO

DATA DA EMISSÃO: 30/07/2024

MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIP. HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 37.641.093/0001-43 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 6.629.078-3
PRAÇA VITOR GODINHO, 21, VILA GUARANI, SÃO PAULO, SP, CEP.: 04.313-020
mcamas@terra.com.br

CONTRATO:2108**DESTINATÁRIO**

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS
MUNICÍPIO: GARÇA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

UF: SP
CEP: 17402-064

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

VENCIMENTO: 20/08/2024

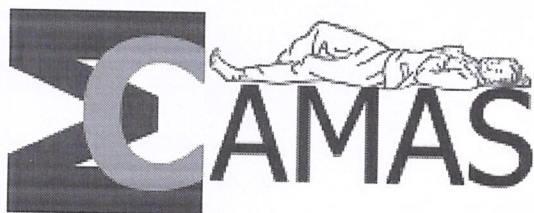
“OS DESCONTOS CONCEDIDOS SÓ SERÃO VÁLIDOS PARA PAGAMENTO DENTRO DO PRAZO DO VENCIMENTO DO BOLETO, COM TOLERÂNCIA MÁXIMA DE 10 DIAS. CASO HAJA ATRASO SUPERIOR A ESTE PRAZO, SERÁ FATURADA A DIFERENÇA DOS VALORES”.

DESCRIÇÃO	QTDE	Valor Unitário
CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1082-L PAT1082-L	1	390,00
CAMA LUXOS MEDI SAUDE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1194-L PAT1194-L	1	390,00
CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1326-L PAT1326-L	1	390,00
CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1327-L PAT1327-L	1	390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1371-L PAT1371-L	1	390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1374-L PAT1374-L	1	390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1382-L PAT1382-L	1	390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1384-L PAT1384-L	1	390,00

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NOS TERMOS DA LEI N° 9.317/96

ESTE DOCUMENTO NÃO VALE COMO RECIBO

R\$ VL. TOTAL DA NOTA 4.290,00

**FATURA DE LOCAÇÃO**

N.º: 5238

NAT. DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO

DATA DA EMISSÃO: 30/07/2024

MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIP. HOSPITALARES LTDA
CNPJ: 37.641.093/0001-43 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 6.629.078-3
PRAÇA VITOR GODINHO, 21, VILA GUARANI, SÃO PAULO, SP, CEP.: 04.313-020
mcamas@terra.com.br

CONTRATO:2108

DESCRIÇÃO	QTDE	Valor Unitário
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1385-L PAT1385-L	1	390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1386-L PAT1386-L	1	390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE NO PERÍODO DE 28/07/2024-26/08/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO:630,00 NS:1448-L PAT1448-L	1	390,00
DESCONTO		0,00

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”.

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NOS TERMOS DA LEI Nº 9.317/96**ESTE DOCUMENTO NÃO VALE COMO RECIBO****R\$ VL. TOTAL DA NOTA 4.290,00**

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

 Santander		033-7	03399.47483 41700.000007 03173.901012 4 98140000429000		
Beneficiário MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA - 37.641.093/0001-43 PC VITOR GODINHO, 21 CEP:43130-020		Agência/Código Beneficiário 648-/4748417	Espécie DS	Quantidade	Nosso número 0003173 9
Número do documento 5238-1	CPF/CNPJ 37.641.093/0001-43	Vencimento 20/08/2024	Valor documento 4.290,00		
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP					
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 85,80 APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 4,29/DIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

 Santander		033-7	03399.47483 41700.000007 03173.901012 4 98140000429000		
Local de pagamento PAGAR PREFERENCIALMENTE NO GRUPO SANTANDER - GC			Vencimento 20/08/2024		
Beneficiário MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA - 37.641.093/0001-43 PC VITOR GODINHO, 21 CEP:43130-020			Agência/Código do Beneficiário 648-/4748417		
Data do documento 30/07/2024	Nº documento 5238-1	Espécie doc. DS	Aceite N	Data Proc. 30/07/2024	Nosso número 0003173 9
Uso do banco	Carteira 101	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do documento 4.290,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 85,80 APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 4,29/DIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(-) Desconto / Abatimentos . (-) Outras deduções . (+) Mora / Multa (+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Sacador/Avalista:					Cód. baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10212.700149 21443.850009 8 98160000220033
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
Nome/Razão Social:	BENEFICIOS UPS LTDA
CPF/CNPJ:	17.359.884/0001-78
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	22/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	21/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.200,33
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.200,33
Valor Pago (R\$):	2.200,33

Data/hora da operação:	21/08/2024 15:37:21
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	034097168
Chave de segurança:	QG45PLPW25TWT0KH

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

**SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Secretaria Municipal de Finanças

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS Nº 2210510 Série 1, emitido em 01/08/2024

NÚMERO NOTA

15065

DATA E HORA DA EMISSÃO

01/08/2024 16:48:27

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO

LEQGXSEICPF / 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****PRESTADOR DE SERVIÇOS****TOMADOR DE SERVIÇOS**CPF / CNPJ **45.349.461/0001-02**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

NOME / RAZÃO **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**E-MAIL **vanessacastilho.dpsp@gmail.com**ENDEREÇO **Avenida José Ariano Rodrigues - Jardim Ariano - CEP: 16400400, 303**MUNICÍPIO **Lins**TELEFONE **30111234**COMPLEMENTO **SALA 03**

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 TRANSPORTE

TOTAL BENEFICIOS: 2.136,00

REPASSE: 37,84

TOTAL DO PEDIDO Nº 49490 : 2200,33

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$26,49**

CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

03205 - Fornecimento e Administração de vales-refeição, vales-alimentação, 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 RETENÇÕES	
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

Recibo do Pagador

 Banco Itaú S.A. | 341-7 |

34191.09008 10212.700149 21443.850009 8 98160000220033

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário		Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5		R\$		109/00102127-0
Número do documento		CPF/CNPJ	Vencimento		Valor documento	
000102127		17359884000178	22/08/2024		R\$ 2.200,33	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) 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						
Instruções						
Não Receber após o vencimento.						
Boleto referente ao Pedido 49490 de 01/08/2024 a 31/08/2024.						
Autenticacao mecanica						

Corte na linha pontilhada

 Banco Itaú S.A. | 341-7 |

34191.09008 10212.700149 21443.850009 8 98160000220033

Local de pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					22/08/2024	
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário	
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5	
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número	
01/08/2024	000102127		N	01/08/2024	109/00102127-0	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento	
	109	R\$			R\$ 2.200,33	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos	
Não Receber após o vencimento.					(-) Outras deduções	
Boleto referente ao Pedido 49490 de 01/08/2024 a 31/08/2024.					(+) 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 / Avalista					Cód. baixa	
					Autenticacao mecanica - Ficha de Compensação	

Corte na linha pontilhada



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.881174 6 98160000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	22/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	21/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação: 21/08/2024 15:37:40

Código da operação: 034097279

Chave de segurança: P07N044V4EHK52P2

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

RECEBEMOS DE ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO										NF-e Nº 000.012.795 Série 001					
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR													
ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br CEP 13.222-760										DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.012.795 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 3524 0837 8340 1200 0121 5500 1000 0127 9510 0014 9103 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora			
NATUREZA DO OPERAÇÃO VENDA										DADOS DA NF-e Protocolo: 135241690973259 Data: 05/08/2024 16:54					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 712168965111				INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.				CNPJ 37.834.012/0001-21							
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 MUNICÍPIO GARÇA FONE (16) 3374-8438										CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 01/08/2024			
BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS				CEP 17.402-064		DATA SAÍDA / ENTRADA 02/08/2024									
UF SP				INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA SAÍDA 16:53:43									
FATURA / DUPLICATA 001 - 480,00 - 22/08/2024															
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		480,00					
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA 480,00					
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS															
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 9		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF			
ENDEREÇO				MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
QUANTIDADE 3		ESPÉCIE CILINDROS		MARCA DIVERSOS		NÚMERO 0		PESO BRUTO 0		PESO LÍQUIDO 0					
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI		
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	30,00	16,00	480,00							
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA															
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA REALIZADA 02/08; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 64,56 (13,45%) FEDERAL E R\$ 86,40 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1; DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NACIONAL);										RESERVADO AO FISCO					

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 00003.881174 6 98160000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000003881-3	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 003859	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 22/08/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 23.08.2024 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 00003.881174 6 98160000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 22/08/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 02/08/2024	Nr. do documento 003859	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 16/08/2024	Nosso número 32905220000003881-3
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 23.08.2024 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 480,00
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.26305 90000.000779 53074.882001 2 98160002040000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	OXYMED COM E LOC DE EQU MEDICO HOSP LTDA
Nome/Razão Social:	OXYMED COMERCIO E LOCACAO DE EQUIPAMENTO
CPF/CNPJ:	57.417.537/0001-79
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:	22/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	21/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	20.400,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	20.400,00
Valor Pago (R\$):	20.400,00

Data/hora da operação: 21/08/2024 15:37:58

Código da operação: 034097396

Chave de segurança: P9WNRLVR1SX5Z8KW

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

**RECIBO DE LOCAÇÃO 35240**

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: marcos@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 07/08/2024		
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 0035240/01	VENCTO 22/08/2024	VALOR 20.400,00	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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX - MOD ANALOGICA HORIZONTAL 21L- 220V					1.000,00	1.000,00	
--	0	C-14357 PAT.:AUT06PE PERIODO DE 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX - MOD ANALOGICA HORIZONTAL 21L- 220V					1.000,00	1.000,00	
--	0	C-14357 PAT.:AUT07PE PERIODO DE 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000S					450,00	450,00	
--	0	C-14360 PAT.:CDE17PE PERIODO DE 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T					450,00	450,00	
--	0	C-14360 PAT.:CDE35PE PERIODO DE 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T					450,00	450,00	
--	0	C-14360 PAT.:CDE36PE PERIODO DE 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00	
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5					2.400,00	2.400,00	

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\$ 3.763,81 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 22/08/2024 - VALOR R\$: 20.400,00

VALOR TOTAL: 20.400,00

Nº

35240

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 35240

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: marcos@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 07/08/2024	
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 0035240/01	VENCTO 22/08/2024	VALOR 20.400,00	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS					VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
--	0	C-14360 PAT.:RESP846PE PERIODO DE 01/07/2024 a 31/07/2024					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 01/07/2024 a 31/07/2024					0,00	0,00



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\$ 3.763,81 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 22/08/2024 - VALOR R\$: 20.400,00

VALOR TOTAL: 20.400,00**Nº
35240**

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

Data

Carimbo/Assinatura

SÃO PAULO, 08 DE AGOSTO DE 2024.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50
BAIRRO: WILLIAMS – GARÇA/SP
CEP: 17402-064
CNPJ: 45.349.461/0001-02

Carimbo Padronizado

57.417.537/0001-79
OXYMED COM E LOC DE EQUIP
MÉDICO HOSP S.A.
R. GUSTAVO DA SILVEIRA, 1357
VL. SANTA CATARINA
CEP 04376-006
SÃO PAULO / SP

PREZADO(S) SENHOR(S):

REF.: CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO FISCAL E COMUNICAÇÃO DE
INCORREÇÕES

☒ N/ NOTA FISCAL Nº 0035240 SÉRIE DE 07/08/2024
☐ S/ NOTA FISCAL Nº SÉRIE DE

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, vimos pela presente comunicar-lhe(s) que a NF em referência contém irregularidades que abaixo apontamos cuja correção solicitamos que seja providenciada imediatamente.

Código	Especificação	Código	Especificação	Código	Especificação
01	Razão Social	13	Quantidade (produto)	25	Nome do Transportador
02	Endereço	14	Descrição dos Produtos	26	Endereço do Transportador
03	Município	15	Preço Unitário	27	Termo de Isenção do IPI
04	Estado	16	Valor Total do Produto	28	Termo da Isenção do ICMS
05	Nº de Inscrição CNPJ/MF	17	Classificação Fiscal	29	Peso – Bruto/líquido
06	Nº de Inscrição Estadual	18	Alíquota do IPI	30	Volumes – Marca/Num/Quant
07	Natureza da Operação	19	Valor do IPI	X 31	Dados Adicionais
08	Cód. Fiscal da Operação	20	Base de Cálculo do IPI	32	Datas de Vencimento
09	Via de Transporte	21	Valor Total da Nota	33	Fatura duplicata
10	Data da Emissão	22	Alíquota do ICMS	34	Valor duplicata
11	Data da Saída	23	Valor do ICMS	35	Valor do ISS
12	Unidade (produto)	24	Base de Cálculo do ICMS	36	Outros

CÓDIGOS COM IRREGULARIDADES	RETIFICAÇÕES A SEREM CONSIDERADAS
31	NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES LÊ-SE: CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

Para evitar-se qualquer sanção fiscal, solicitamos acusarem o recebimento desta, na cópia que acompanha, devendo a via de V.S(as) ficar arquivada juntamente com a NF em questão. Sem outro motivo para o momento, subscrevemo-nos.

Acusamos o recebimento da 1ª via

Atenciosamente,

Verônica Santos
Faturamento
RG: 27.198.014-X

CARIMBO E ASSINATURA
DATA: ____/____/____.

OXYMED COM E LOC DE EQUIP MÉDICO HOSP. S.A.

		237-2		Comprovante de Entrega		
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A - CNPJ: 57			Agencia /Codigo Beneficiário 3263-8/0748820-3		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 09/00000007753-7			
Vencimento 22/08/2024	Número do Documento 0035240/01	Espécie R\$	Valor do Documento 20.400,00			
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura		Data	Assinatura
Local de Pagamento QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Data do Processamento 07/08/2024	

		237-2		Recibo do Pagador	
Local de Pagamento QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 22/08/2024
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A - CNPJ: 57.417.537/0001-79 RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone:					Agência / Código Beneficiário 3263-8/0748820-3
Data do Documento 07/08/2024	Numero do Documento 0035240/01	Especie Doc. DS	Aceite N	Data do Processamento 07/08/2024	Nosso Número 09/00000007753-7
Uso do Banco	Carteira 09	Especie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 20.400,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após o vencimento mora diária de 0,50% Notas Fiscais: 35240 Doc.: Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 6,80 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:					
Após o vencimento mora diária de 0,50% Notas Fiscais: 35240 Doc.:					Autenticação Mecânica

		237-2		23793.26305 90000.000779 53074.882001 2 98160002040000	
Local de Pagamento QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 22/08/2024
Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDICO HOSP S.A - CNPJ: 57.417.537/0001-79 RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone:					Agência / Código Beneficiário 3263-8/0748820-3
Data do Documento 07/08/2024	Numero do Documento 0035240/01	Especie Doc. DS	Aceite N	Data do Processamento 07/08/2024	Nosso Número 09/00000007753-7
Uso do Banco	CIP	Carteira 09	Espécie Moeda R\$	Quantidade	Valor
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.) Após o vencimento mora diária de 0,50% Notas Fiscais: 35240 Doc.: Protestar em 5 dias corridos após o vencimento Cobrar juros de R\$ 6,80 por dia de atraso para pagamento .					(=) Valor do Documento 20.400,00
					(-) Desconto
					(-) Outras Deducoes / Abatimento
					(+) Mora / Multa / Juros
					(+) Outros Acrescimos
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 01768.387001 00012.112173 2 98160000498900
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITA
Nome/Razão Social:	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ:	10.203.274/0001-31
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE 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:	22/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	21/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	4.989,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	4.989,00
Valor Pago (R\$):	4.989,00

Data/hora da operação: 21/08/2024 15:38:19

Código da operação: 034097539

Chave de segurança: U6QPYJ7Q4W068QQ1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

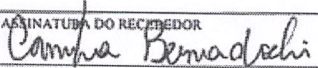
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

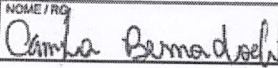
Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

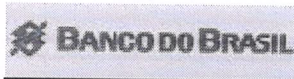
Recebemos de MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - Williams - GARCA - SP. Emissão: 23/07/2024 Valor Total: R\$ 0,00.												NF-e Nº 000.016.694 Série 001							
DATA DO RECEBIMENTO				IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR															
MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI  R JACY STEVAUX VILLACA, 266 - JARDIM CONTORNO - BAURU - SP - CEP: 17047-250 Fone: (14)3208-7108										DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.016.694 Série 001 Folha 1/1				 CHAVE DE ACESSO 3524 0710 2032 7400 0131 5500 1000 0166 9415 9321 2871 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora					
NATUREZA DA OPERAÇÃO										PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO									
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros										135241586420735 23/07/2024 15:53:05									
INSCRIÇÃO ESTADUAL				INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO				CNPJ / CPF											
209414263117								10.203.274/0001-31											
DESTINATÁRIO / REMETENTE																			
NOME / RAZÃO SOCIAL										CNPJ / CPF			DATA DA EMISSÃO						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL										45.349.461/0001-02			23/07/2024						
ENDEREÇO						BAIRRO / DISTRITO			CEP		DATA DA SAÍDA								
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50						Williams			17402-064		23/07/2024								
MUNICÍPIO				UF		TELEFONE / FAX			INSCRIÇÃO ESTADUAL			HORA DA SAÍDA							
GARCA				SP		(14)3407-5066						15:52:48							
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA																			
NOME / RAZÃO SOCIAL										CNPJ / CPF			INSCRIÇÃO ESTADUAL						
										45.349.461/0001-02									
ENDEREÇO						BAIRRO / DISTRITO			CEP		DATA DA SAÍDA								
RUA LUIZ MARTINS CRUZ 260						JARDIM LAGO AZUL					13650-000								
MUNICÍPIO				UF		TELEFONE / FAX			INSCRIÇÃO ESTADUAL			HORA DA SAÍDA							
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS				SP															
FATURA																			
DADOS DA FATURA		Número: 16694 - Valor Original: R\$ 4.989,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 4.989,00																	
PARCELAS																			
Número : 001																			
Vencimento : 22/08/2024																			
Valor : R\$ 4.989,00																			
CÁLCULO DO IMPOSTO																			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS				VALOR DO ICMS				BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.				VALOR DO ICMS SUBST.				VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			
4.989,00				898,02				0,00				0,00				4.989,00			
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		4.989,00									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																			
NOME / RAZÃO SOCIAL						FRETE POR CONTA			CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF				
LOGFAR LOGISTICA LTDA						0 - REMETENTE							SP		05.530.576/0001-84				
ENDEREÇO						MUNICÍPIO			UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL								
Rua Padre Francisco Van Der Maas, 1306						BAURU			SP		209337700111								
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO			PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO								
2		VOLUME							30,000		30,000								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																			
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO					NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS IPI		
314	IND. BIOLOGICO 3 HORAS BITEST CX 50 UNIDADES - Val Aprox Tributos: 518,92 (31,45%)					38210000	000	5102	CX	1,0000	1.650,0000	0,00	1.650,00	1.650,00	297,00	0,00	18,00 0,00		
571	INTEGRADOR QUIM. TIPO 5 MEDCONTROL CI-TEST VAPOR - 200 UND - Val Aprox Tributos: 186,81 (31,45%)					38229000	000	5102	PCT	3,0000	198,0000	0,00	594,00	594,00	106,92	0,00	18,00 0,00		
573	TESTE BOWIE DICK MEDCONTROL PRONTO USO 4KG - Val Aprox Tributos: 207,57 (31,45%)					38229000	000	5102	UN	30,0000	22,0000	0,00	660,00	660,00	118,80	0,00	18,00 0,00		
880	PROSANI PROX50 - FR 5 LITROS - Val Aprox Tributos: 303,81 (31,45%)					28289011	000	5102	UN	1,0000	966,0000	0,00	966,00	966,00	173,88	0,00	18,00 0,00		
915	MEDZYME 7E - DET. 7 ENZIMAS 5LT - Val Aprox Tributos: 372,18 (33,26%)					34029039	000	5405	GL	3,0000	373,0000	0,00	1.119,00	1.119,00	201,42	0,00	18,00 0,00		
DADOS ADICIONAIS																			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES											RESERVADO AO FISCO								
Boleto O.S./ Pedidos: 15571 Contrato de gestão 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras Endereço de entrega: Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim São Carlos cidade: Santa Cruz das Palmeiras/SP. Posto de Atendimento Imediado (PAI) CEP 13650-000 Tributos aproximados R\$ 691,27 Fed., R\$ 898,02 Est., R\$ 0,00 Mun. Fonte: IBPT 24.1.F																			
DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 23/07/2024 16:08:05																			
COPYRIGHT © INNOVAE 2013 - 2024 - www.innovae.com.br																			

 LOGFAR LOGISTICA LTDA RUA NAUFAL JOSE SALMEN, 2140 DIST IND DOMINGOS BI - FONE: (14)3103-3000 BAURU - SP - CEP: 17034-320 filial.bauru@unindolog.com.br www.unindolog.com.br		DACTE Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico 23/07/24 20:49 1/1	
CNPJ 05.530.576/0001-04 IE 209337700111 RNTCC 44180477		SÉRIE 3 NÚMERO 002731570	MODAL RODOVIÁRIO MODELO 57 Nº PROTOCOLO 135241966911005
TIPO DO CT-E NORMAL TIPO DO SERVIÇO NORMAL CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 5353 Transp a est comercial		CONTROLE DO FISCO 	
ORIGEM DA PRESTAÇÃO BAURU/SP DESTINO DA PRESTAÇÃO SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS/SP EMITIDO POR gsoare		Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fatemit.gov.br 35.2407.05.530.576/0001-04-57-003-002.731.570-104.609.688-6	
REMETENTE MEDCONTROL COM MAT HOSPITALARES LTDA END RUA JACY STEVAUX VILLACA 2-66 JARDIM CONTORNO MUN BAURU - SP CNPJ 10.203.274/0001-31 IE 209414263117 CEP 17047-250 FONE (14)32087108		COMPONENTES DO FRETE (R\$) FRETE PESO 47,39 FRETE VALOR 14,97 GRIS 7,48	
DESTINATÁRIO ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL END R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS MUN GARÇA - SP CEP 17402-004		MERCADORIA PROD PREDOMIN IND. BIOLÓGICO ESPÉCIE MEDICAMENTOS VALOR MERCADORIA (R\$) 4.989,00	

Recebemos de CONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado Destinatário: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Rua Doutor Orlando Thingo Santos, 50 - Williams - GARÇA - SP. Emissão: 23/07/2024 Valor Total: R\$ 0,00.		NF-e Nº 000.016.694 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR  40379082-7	

END RUA JACY STEVAUX VILLACA 2-66 JARDIM CONTORNO MUN BAURU - SP CNPJ 10.203.274/0001-31 IE 209414263117 FONE (14)32087108		VALOR ICMS UNIIQUIST 0,00 CRED PRECÁMIOS ST 0,00	0,00 0,00
OBSERVAÇÕES DIM VOLUMES (02): 0,23x0,2x0,16x1 0,36x0,28x0,3x1 - Transporte subcontratado/redespachado para A R DE ARAUJO TRANSPORTES, CNPJ 10.715.918/0001-70, IE: 647553429112. - CST: 00 - Apólice seguro: 540003 0557 - Seguradora: 33065699000127 SEGUROS SURA S.A. - 107159180001 70 - TABELA: COMBINADA CD49212 - ROTA: BAUP/CERP - TARIF: 100 - TX PO MERCAD: HOSPITALAR - Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execução de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). PLACA DE COLETA BAU0022 NR 42460786808314 - 42460786808626 TOMADOR SERVIÇO REMET COBRAR A PRAZO PREV. ENTREGA 24/07/24 DECLARO QUE RECEBI OS VOLUMES DESTES CONHECIMENTO EM PERFEITO ESTADO PELO QUE DOU POR CUMPRIDO O PRESENTE CONTRATO DE TRANSPORTE		FRETE TOTAL (R\$) 85,22 DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$ ICMS/ISS: 10,23 PIS: 1,41 COFINS: 6,48 TOTAL: 18,12 CHAVES NF-E/CT-E NF-E: 35240710203274000131550010000166941593212871	
NOME/RG  40379082-7		ASSINATURA / CARIMBO CHEGADA DATA/HORA SAÍDA DATA/HORA	BAU 749380-1 RAO / 136

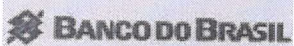
PROCESSADO POR SOW.NF.BR



001-9

Comprovante de Entrega

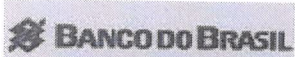
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Nosso Número 17683870000012112		☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe No	
Vencimento 22/08/2024	Número do Documento 16694/1	Espécie R\$	Valor do Documento 4.989,00	☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Endereço insuficiente	
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Data do processamento 20/08/2024



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES		CNPJ/CPF 10.203.274/0001-31		Pagador	Vencimento 22/08/2024
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250					
Nosso Número 17683870000012112	Carteira 17/027	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7
Data do Documento 20/08/2024	Número do Documento 16694/1	Espécie Documento DM	Aceite N	Data do Processamento 20/08/2024	(=) Valor do Documento 4.989,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO					☐ Desconto
					☐ Outras Deduções/Abatimento
					☐ Mora / Multa / Juros
					☐ Outros Acréscimos
					☐ Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CPF / CNPJ: 45349461000102	
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - - Williams - 17402064 - GARÇA / SP					
Beneficiário Final:				Código de Baixa	
				Autenticação Mecânica	



001-9

00190.00009 01768.387001 00012.112173 2 98160000498900

Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Vencimento 22/08/2024
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI			CNPJ / CPF 10.203.274/0001-31		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250					Nosso Número 17683870000012112
Data do Documento 20/08/2024	Número do Documento 16694/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 20/08/2024	(=) Valor do Documento 4.989,00
Uso do Banco	Carteira 17/027	Espécie R\$	Quantidade	Valor	☐ Desconto
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO					☐ Outras Deduções/Abatimento
					☐ Mora/Multa/Juros
					☐ Outros Acréscimos
					☐ Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CPF / CNPJ: 45349461000102	

Endereço Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 -

Williams

17402064 - GARÇA / SP

Beneficiário Final:

CPF / CNPJ:

Código de Baixa



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23796.00907 94208.000003 06000.913100 1 98170000137219
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SIMICLEAN
Nome/Razão Social:	SIMICLEAN
CPF/CNPJ:	34.357.851/0001-08
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIMICLEAN
CPF/CNPJ:	34.357.851/0001-08
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL
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:	23/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	21/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.372,19
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.372,19
Valor Pago (R\$):	1.372,19

Data/hora da operação:	21/08/2024 15:38:37
------------------------	---------------------

Código da operação:	034097676
Chave de segurança:	3S6H2TMPHJ042ANK

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

RECEBEMOS DE Simone Cordeiro Moreno - ME OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº. 932

SÉRIE 001


www.simiclean.com.br

Simone Cordeiro Moreno - ME
Rua Nicola Argentiére, 41 - Sala A
Vila Bossi - Louveira - SP
CEP 13290-000 FONE (19)99280-4386

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 932

FL 1/1

SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3524 0734 3578 5100 0108 5500 1000 0009 3215 2481 7702

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241613831885 26/07/2024 15:09:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL
421059197114

I. ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ/CPF
34.357.851/0001-08

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL- MATRIZ

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
26/07/2024

ENDEREÇO
R DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DE SAÍDA

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE / FAX
1633748438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA								
DUPLICATA			VENCIMENTO			VALOR		
932.1/01			23/08/2024			1.372,19		

DUPLICATA			VENCIMENTO			VALOR		

DUPLICATA			VENCIMENTO			VALOR		

CÁLCULO DO IMPOSTO																							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		0,00		VALOR DO ICMS		0,00		BASE CÁLCULO ICMS SUBST.		0,00		VALOR DO ICMS SUBST.		0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		1372,19					
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		1372,19	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
0

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
0,00

PESO LÍQUIDO
0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UND	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR BASE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	VALOR DO IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
570	SACO DE LIXO 30L HOSPITALAR C/100	39232190	102	5102	PCT	2	30,30	60,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
448	SACO DE LIXO 50L BRANCO P/HOSP INFEC C/100	39232190	102	5102	PCT	2	42,65	85,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1521	PAPEL HIGIÊNICO ROLÃO FS 100% C 8X200 NEWYORK	48181000	102	5102	PCT	4	56,90	227,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	PANO BOBINA KENTEX 300MTS VERDE 600 PANOS	56039220	102	5102	RL	1	104,49	104,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	ALCOOL LÍQUIDO 70 INPM CLARITY 05 LTS	38089429	102	5102	GL	5	46,54	232,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1428	PAPEL INTERFOLHA 2DBS 100% 19X21 CLASSIC FARDO 5000	48182000	102	5102	FD	7	94,50	661,50	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 (INTERESSE AO CONTRIBUINTE)

Trib aprox: R\$ 145,51 Fed.R\$ 124,33 Est. Fonte: IBPT

INTERESSE AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 23/08/2024	
Beneficiário SIMICLEAN - CNPJ: 034.357.851/0001-08 RUA JOSE STECK, 67 - AP 13 - JD BANDEIRANTES 13290-000 - LOUVEIRA - SP					Agência/Código Cedente 6009-/0009131-6	
Data do Doc. 26/07/2024		Nº do documento 932.1/01	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 26/07/2024	Nosso Número 09/00/000004208-0
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 1.372,19
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF 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 23/08/2024	
Beneficiário SIMICLEAN - CNPJ: 034.357.851/0001-08 RUA JOSE STECK, 67 - AP 13 - JD BANDEIRANTES 13290-000 - LOUVEIRA - SP					Agência/Código Cedente 6009-/0009131-6	
Data do Doc. 26/07/2024		Nº do documento 932.1/01	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 26/07/2024	Nosso Número 09/00/000004208-0
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 1.372,19
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) ^ ^ VALORES EXPRESSOS EM REAIS ^^^ ^ JUROS POR DIA DE ATRASO.....4,57 APOS 23.08.2024 MULTA137,21						(-) Descontos/Abatimentos
						(-) Outras deduções
						(+) Mora/Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF 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 ConoscoOuvidoria **0800 727 9933**

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados



Consulta de TED Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	STR0008
Agência/Conta destino:	0029/000013007379-5
Tipo de conta destino:	CC
Nome do destinatário 1:	MP ETIQUETAS LTDA
CPF/CNPJ do destinatário 1:	29006544000142
Valor (R\$):	315,00
Valor da tarifa (R\$):	12,00
Finalidade:	Credito em Conta
Data-Hora da operação:	21/08/2024
Nr. Doc:	111513
Número de Controle CAIXA:	111513

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE M.P. ETIQUETAS LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-c Nº 000001850 SÉRIE 001
EMISSION: 05/07/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 315,00		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE			
M.P. ETIQUETAS LTDA		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA			
RUA ERNESTO CORSI, 79 - JARDIM SILMARA - CEP:13905-270 - AMPARO - SP TEL: (19)3807-4144		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA		1	
		Nº 000001850 fl. 1 / 1			
		SÉRIE 001			
NATUREZA DE OPERAÇÃO				CHAVE DE ACESSO	
VENDA MERC TERCEIROS				3524 0729 0065 4400 0142 5500 1000 0018 5019 0055 4831	
INSCRIÇÃO ESTADUAL				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
168093200117				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
				135241435295195 05/07/2024 11:20:40	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.				CNPJ / CPF	
				29.006.544/0001-42	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL		45.349.461/0001-02		05/07/2024	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP	
RUA DR. O5RLANDO T SANTOS, 50		WILLIAMS		17042-064	
MUNICÍPIO		FONE / FAX		UF	
GARÇA		(16)3374-8438		SP	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL	
				HORA DA SAÍDA	
				11:20:35	

DADOS DA FATURA	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
	1850	315,00	0,00	315,00

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	02/08/2024	315,00									

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	112,46	315,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACSS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	315,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
RAZÃO SOCIAL		9 - SEM FRETE									
ENDEREÇO		MUNICÍPIO								INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
2		CAIXA				Num.: 2					

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	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
1205	ETIQUETA ADES. 34X23X3C TERMICA	48211000	0102	5101	PECA	5,00	31,00	155,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1579	ETIQUETA 100X50 COUCHE TERMICA	48211000	0102	5101	PC	5,00	32,00	160,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
- CONTRATO DE GESTAO 001-2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA - IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO - ART. 313-Z19 DO RICMS. - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. - NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, IPI E ISS NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123/06.	

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/1229/00013003657-9

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico: TED

CPF/CNPJ: 31.275.474/0001-70

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 355.750,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Data da Operação: 21/08/2024

Código da Operação: 00113212

Chave de Segurança: 46TUV89KEPA7SLUS

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
16/08/2024

Hora Emissão
16:15

Código Autenticidade

108S.3707.6631.1050799-X

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA

Número da Nota Série da Nota

000489

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

GARÇA

UF

SP

E-mail

CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Qtde

1

Descrição do Serviço

MEDICINA

Código Serviço

040117212

Alíquota

2,00

Valor Unitário

355.750,00

Valor Total

355.750,00

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 EM/Pediatria e EM/RT e Coordenações.
Plantões: CM 75 plantões R\$ 123.750,00/CM-EM - 30 plantões R\$ 51.000,00/PED - 60 plantões R\$ 108.000,00/PED-EM - 30 plantões R\$ 55.500,00/(RT) R\$ 8.500,00/CM R\$ 4.500,00/PED R\$ 4.500,00
Valor total dos serviços referente ao período de 01/08 a 15/08: R\$ 355.750,00.
Local: LOUVEIRA/SP
CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9. VALOR LIQUIDO: R\$ 333.871,37.
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

5.336,25

PIS/PASEP

2.312,38

COFINS

10.672,50

CSLL

3.557,50

VALOR TOTAL DA NOTA

355.750,00

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

108S.3707.6631.1050799-X

RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota

000489

Série da Nota

Local

Data

Assinatura



17/07/2024

0077445752

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
CERTIDÃO ESTADUAL DE DISTRIBUIÇÕES CÍVEIS

CERTIDÃO Nº: 2816629**FOLHA: 1/1**

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada pela internet no site do Tribunal de Justiça.

A Diretoria de Serviço Técnico de Informações Cíveis do(a) Comarca de São Paulo - Capital, no uso de suas atribuições legais,

CERTIFICA E DÁ FÉ que, pesquisando os registros de distribuições de **PEDIDOS DE FALÊNCIA, CONCORDATAS, RECUPERAÇÕES JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS**, anteriores a 16/07/2024, verificou **NADA CONSTAR** como réu/requerido/interessado em nome de: *****

LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA, CNPJ: 31.275.474/0001-70, conforme indicação constante do pedido de certidão.*****

Esta certidão não aponta ordinariamente os processos em que a pessoa cujo nome foi pesquisado figura como autor (a). São apontados os feitos com situação em tramitação já cadastrados no sistema informatizado referentes a todas as Comarcas/Foros Regionais e Distritais do Estado de São Paulo.

A data de informatização de cada Comarca/Foro pode ser verificada no Comunicado SPI nº 22/2019.

Esta certidão considera os feitos distribuídos na 1ª Instância, mesmo que estejam em Grau de Recurso.

Não existe conexão com qualquer outra base de dados de instituição pública ou com a Receita Federal que verifique a identidade do NOME/RAZÃO SOCIAL com o CPF/CNPJ. A conferência dos dados pessoais fornecidos pelo pesquisado é de responsabilidade exclusiva do destinatário da certidão.

A certidão em nome de pessoa jurídica considera os processos referentes à matriz e às filiais e poderá apontar feitos de homônimos não qualificados com tipos empresariais diferentes do nome indicado na certidão (EIRELI, S/C, S/S, EPP, ME, MEI, LTDA).

Esta certidão só tem validade mediante assinatura digital.

Esta certidão é sem custas.

São Paulo, 17 de julho de 2024.

PEDIDO Nº:**0077445752**



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

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

Nome: LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA
CNPJ: 31.275.474/0001-70

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 não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

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 14:46:41 do dia 05/06/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 02/12/2024.

Código de controle da certidão: **1022.D0D4.1B12.01B7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 31.275.474/0001-70
Certidão nº: 49798805/2024
Expedição: 17/07/2024, às 09:26:18
Validade: 13/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **31.275.474/0001-70**, **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 Barueri
Estado de São Paulo

SECRETARIA DE FINANÇAS
Departamento Técnico de Tributos Mobiliários
CERTIDÃO NEGATIVA

Nº 47110/2024i

Razão Social.....: LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE
CNPJ/CPF Nº.....: 31.275.474/0001-70
Inscrição Atual.....: 4.94147-8
Logradouro.....: AVENIDA SAGITARIO
Nº Atual.....: 138
Complemento.....: CONJUNTO COMERCIAL 1313B -TORR Andar Sala
Bairro.....: SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE
Cidade.....: BARUERI
CEP.....: 06473073

TRIBUTOS E PERÍODOS

Imposto sobre serviços de qualquer natureza e taxas mobiliárias

CERTIFICAMOS, de ordem da Secretaria de Finanças, a pedido da parte interessada e à vista das informações, que em nome do contribuinte acima identificado, **NÃO EXISTE DÉBITO EM ABERTO** nesta Prefeitura, débito inscrito ou não em dívida ativa, com relação ao(s) tributo(s) acima indicado(s), até a presente data .

CERTIFICAMOS, outrossim, que fica ressalvado o direito da Fazenda Pública do Município na cobrança de débitos que venham a ser apurados ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação aos tributos e períodos indicados nesta certidão.

CERTIDÃO VÁLIDA POR TRINTA DIAS.

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada
na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no

Endereço:

<http://www.barueri.sp.gov.br>

Certidão expedida gratuitamente.

Aprovado pelo Decreto nº 5635, de 25/01/2005

Informações para Verificação de Autenticidade

Nº de Inscrição : **4.94147-8**

Código de autenticidade : **439Q.2949.3322.0049407-H**

Data de emissão : **17/07/2024**

Hora de emissão : **09:36:40**

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 31.275.474/0001-70
Razão Social: LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA
Endereço: AV SAGITARIO 138 CJ COM 1316B SET A / SITIO TAMBORE ALPHA /
BARUERI / SP / 06473-073

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: 25/07/2024 a 23/08/2024

Certificação Número: 2024072509265048518356

Informação obtida em 01/08/2024 14:54:51

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.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: 31.275.474/0001-70

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 24070786942-98

Data e hora da emissão 17/07/2024 09:59:00

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/1223/00000019969-9

CPF/CNPJ: 019.654.155-71

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.195,51

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113247

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: ZKKXNQG578TUWEA4

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 RESCISAO 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 200.11515.51-6		11 Nome GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua AVENIDA ANDRE VIDAL DE NEGREIROS, 260 - BL4 APTO 704				13 Bairro JARDIM CARLOS GOME	
14 Município JUNDIAI		15 UF SP	16 CEP 13.216-270	17 CTPS (nº, série, UF) 24213020000 - 002-0 / BA	18 CPF 019.654.155-71
19 Data de Nascimento 07/10/1984		20 Nome da Mãe MARIA ARRUDA BRASILEIRO			
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. 5.408,65		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 12/08/2024	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 12/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.800,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 112,96	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 1/12 avos	R\$ 445,38	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 445,38	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 148,46
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\$ 137,03				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.089,21
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\$ 178,15	112.1 Previdência Social	R\$ 163,31
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 33,40	114.1 IRRF	R\$ 518,84	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 893,70
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.195,51

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8594	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA	019.654.155-71	000744762021-2	2.195,51
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.195,51
	GARCA, 15/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/0323/00000058928-4

CPF/CNPJ: 06.345.903/0001-90

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: FERNANDO LEITE DE ARAUJO

Valor: R\$ 70,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113355

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: MU9QKL633V94AJSK

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

35567012206345903000190000000000012924080466524507

Número da NFS-e
129Competência da NFS-e
07/08/2024Data e Hora da emissão da NFS-e
07/08/2024 09:30:30Número da DPS
141Série da DPS
900Data e Hora da emissão da DPS
07/08/2024 09:30:30A 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 Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 06.345.903/0001-90	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 3846-7943
Nome / Nome Empresarial FERNANDO LEITE DE ARAUJO FILHO PAPELARIA		E-mail 3BRCARIMBOSVINHEDO@GMAIL.COM	
Endereço DOUTOR ANIBAL LELLIS DE MIRANDA (VILA MAGALHAES), 299, CENTRO		Município Vinhedo - SP	CEP 13280-057
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 24.01.01 - Serviços de chaveiros, confeção de carimbos e congêneres.	Código de Tributação Municipal -	Local da Prestação Vinhedo - SP	País da Prestação -
Descrição do Serviço 01 CARIMBO AUTOENTINTADO C-10			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	País Resultado da Prestação do Serviço -	Município de Incidência do ISSQN Vinhedo - SP	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tipo de Imunidade -	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Valor do Serviço R\$ 70,00	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 -

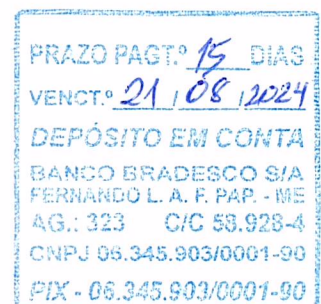
VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 70,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 70,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
0,00 %Estaduais
0,00 %Municipais
0,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000026544-6

CPF/CNPJ: 11.002.114/0001-97

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: MERCADO SOARES MARTINS

Valor: R\$ 212,40

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113621

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: NT33ZMNX1Q1NCVH7

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: 01/08/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ Valor Total: R\$ 212,40

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.000.770

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

1

Nº 000.000.770

SÉRIE 001

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3524 0811 0021 1400 0197 5500 1000 0007 7010 0000 7303

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
135241661692074 - 01/08/2024 15:50:31

INSCRIÇÃO ESTADUAL
421085913113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ/CPF
11.002.114/0001-97

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
01/08/2024

ENDEREÇO
RUA DR.ORLANDO T.SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17.402-064

DATA DA SAÍDA
01/08/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
15:50

FATURA

DADOS DA FATURA

Número: 770 - Valor Original: R\$ 212,40 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - ValorLíquido: R\$ 212,40

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	212,40
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	23,79(11,20%)	0,00	212,40

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
7896894900013	ACUCAR REF.CARAVELAS 1KG	17019900	0500	5405	UN	10,00	4,55	0,00	45,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7891018001386	CAFE BRASILEIRO TRAD.500G	21011110	0500	5405	UN	10,00	16,69	0,00	166,90	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 DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 01/08/2024 15:50:51

Desenvolvido por: FM Sistemas

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0110/00000020258-7

CPF/CNPJ: 080.585.187-94

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: BRUNA FERREIRA GINEFRA

Valor: R\$ 2.181,42

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113672

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: 0YLE1UYWZFXSELZ4

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 RESCISAO 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 GARÇA		06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 128.96643.26-7		11 Nome BRUNA FERREIRA GINEFRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA CATANIA, 57				13 Bairro VILLAGGIO CAPRICCIO	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.291-372	17 CTPS (nº, série, UF) 53989000000 - 00310 / SF	18 CPF 080.585.187-94
19 Data de Nascimento 14/11/1977		20 Nome da Mãe FERNANDA MARIA FERREIRA GINEFRA			
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. 4.975,92		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.752,34	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,78	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 1/12 avos	R\$ 397,24	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 397,24	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 132,41
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\$ 39,43				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.850,44
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\$ 151,93	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 29,79
114.1 IRRF	R\$ 487,30	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 669,02
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.181,42

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8605	BRUNA FERREIRA GINEFRA	080.585.187-94	000744762049-2	2.181,42
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.181,42
	GARCA, 19/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0756/00000020740-3

CPF/CNPJ: 464.603.108-66

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: KAIQUE S MOURISQUI

Valor: R\$ 1.824,51

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113862

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: G8ZQ3AAAZ492KWX1

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 RESCISAO 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 137.27535.73-2		11 Nome KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua AVENIDA RIO VERMELHO, 163				13 Bairro JARDIM ALEGRIA	
14 Município FRANCISCO MORATO		15 UF SP	16 CEP 07.986-000	17 CTPS (nº, série, UF) 01928300000 - 00398 / SF	18 CPF 464.603.108-66
19 Data de Nascimento 27/08/1997		20 Nome da Mãe ELIANE APARECIDA STINGLIN 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. 3.584,15		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.269,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,79	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 1/12 avos	R\$ 253,36	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 253,36	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 84,45
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
95 Outras Verbas (AUXILIO CRECHE)	R\$ 310,00	95.1 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 5,85		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.308,61
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	106 Vale-Transporte	R\$ 163,26	112.1 Previdência Social	R\$ 105,55
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 19,00	114.1 IRRF	R\$ 196,29	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 484,10
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.824,51

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8623	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIV Empregados: 1 Estagiários: 0	464.603.108-66	000744761687-8 Total da Empresa:	1.824,51 1.824,51
	GARCA, 19/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/3728/00000246130-7

CPF/CNPJ: 040.292.485-19

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: TAMIRES NOGUEIRA MARQUES

Valor: R\$ 2.031,42

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113935

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: MFEE9LPV9Z3CJWCC

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 RESCISAO 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 129.76007.08-1		11 Nome TAMIRES NOGUEIRA MARQUES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA MARIO PAGOTTI, 72 - CASA 3				13 Bairro LOTEAMENTO JARDIM I	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-219	17 CTPS (nº, série, UF) 08787480000 - 00020 / B/	18 CPF 040.292.485-19
19 Data de Nascimento 12/03/1990		20 Nome da Mãe ROSALIA GOMES NOGUEIRA			
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. 3.324,97		24 Data de Admissão 02/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 15/08/2024	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 15/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.360,50	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 141,20	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 2/12 avos	R\$ 559,14	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 279,56	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 93,19
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\$ 17,96				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.451,55
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\$ 115,58	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 41,93
114.1 IRRF	R\$ 262,62	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 420,13
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.031,42

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8650	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES	040.292.485-19	000744761665-7	2.031,42
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.031,42
	GARCA, 19/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00029752866-1

CPF/CNPJ: 375.021.178-73

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: MARIA EDUARDA P DA COSTA

Valor: R\$ 540,23

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00113994

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: YHH2H6AUHZCU46MJ

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 RESCISAO 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 268.96563.44-1		11 Nome MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA ERNESTO BEVILAQUA, 63 - CASA 2				13 Bairro JARDIM SAO FRANCISC	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-454	17 CTPS (nº, série, UF) 37502 00000 - 00117 / SP	18 CPF 375.021.178-73
19 Data de Nascimento 14/02/2005		20 Nome da Mãe CLAUDIA PINTO DA COSTA			
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. 2.032,40		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 0/dias Salário (Líquido de 16/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 11,22 horas a 100%	R\$ 228,04	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 38,01	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 1/12 avos	R\$ 169,36	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 135,50	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 45,17
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\$ 69,96				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 686,04
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\$ 16,45	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 12,70
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (Falta a maior)	R\$ 116,66
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 145,81
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 540,23

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8579	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA	375.021.178-73	000744761995-8	540,23
	Empregados: 1 Estagiários: 0		Total da Empresa:	540,23
	GARCA, 19/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00012472003-0

CPF/CNPJ: 060.833.945-89

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: DIENE AGUEDA

Valor: R\$ 2.319,86

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00114041

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: CZ2KAGC23KKFQL50

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 RESCISAO 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 210.01280.67-0		11 Nome DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ESTRADA JOSE DE JESUS, 486 - ESTRADA PAU A PIQUE				13 Bairro SANTO ANTONIO	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-012	17 CTPS (nº, série, UF) 00010550000 - 00415 / SF	18 CPF 060.833.945-89
19 Data de Nascimento 16/06/1993		20 Nome da Mãe EUNICE NORTE NOGUEIRA			
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. 3.042,65		24 Data de Admissão 02/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 15/08/2024	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 15/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.360,50	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 141,20	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 2/12 avos	R\$ 519,93	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 259,96	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 86,65
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 (AUXILIO CRECHE)	R\$ 310,00	95.1 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 15,78		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.694,02
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\$ 115,39	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 38,99
114.1 IRRF	R\$ 219,78	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 374,16
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.319,86

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8636	DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA	060.833.945-89	000744761683-5	2.319,86
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.319,86
	GARCA, 19/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/0281/00001044029-7

CPF/CNPJ: 017.039.464-64

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: ADNA RENATA DE FREITAS

Valor: R\$ 82,08

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00114106

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: KQGV3QY0N02JR709

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 CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	017.039.464-64	000744761704-1	82,08
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COST.	274.310.598-41	000744762023-9	396,81
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	427.314.372-00	000744761674-6	320,33
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	272.936.988-01	000744761942-7	620,00
Empregados: 4		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 1.419,22

GARCA, 16/08/2024

Responsável:

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2738/00001003380-2

CPF/CNPJ: 274.310.598-41

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: GEANA APARECIDA MOREIRA

Valor: R\$ 396,81

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00114160

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: A12HF62L93Q3KZFU

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 CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	017.039.464-64	000744761704-1	82,08
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COST.	274.310.598-41	000744762023-9	396,81
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	427.314.372-00	000744761674-6	320,33
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	272.936.988-01	000744761942-7	620,00
Empregados: 4		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 1.419,22

GARCA, 16/08/2024

Responsável: _____

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2254/00000030527-8

CPF/CNPJ: 427.314.372-00

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: MARIA APARECIDA JOSE

Valor: R\$ 320,33

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00114229

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: 1TY6N5Q89VMKA5ZC

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 CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	017.039.464-64	000744761704-1	82,08
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COST.	274.310.598-41	000744762023-9	396,81
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	427.314.372-00	000744761674-6	320,33
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	272.936.988-01	000744761942-7	620,00
Empregados: 4		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 1.419,22

GARCA, 16/08/2024

Responsável: _____

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2254/00000014831-8

CPF/CNPJ: 272.936.988-01

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: VANDERLI SOARES DA CRUZ

Valor: R\$ 620,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00114283

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: 1K5C7PWRQZA4FWUC

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 CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	017.039.464-64	000744761704-1	82,08
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COST.	274.310.598-41	000744762023-9	396,81
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	427.314.372-00	000744761674-6	320,33
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ	272.936.988-01	000744761942-7	620,00
Empregados: 4		Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 1.419,22

GARCA, 16/08/2024

Responsável: _____

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000016802-4

CPF/CNPJ: 453.887.278-40

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: PAULA SILVA TORRES

Valor: R\$ 55,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00114351

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: VT7GJS5VQFMNC43H

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 CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8590	PAULA SILVA TORRES	453.887.278-40	000744761977-0	55,00
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 55,00

GARCA, 16/08/2024

Responsável: _____

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/3383/00000064900-7

CPF/CNPJ: 05.738.179/0001-00

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: DENTAL GLOBO MATERIAIS

Valor: R\$ 6.405,62

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 21/08/2024

Código da Operação: 00126183

Data da Operação: 21/08/2024

Chave de Segurança: ZKWXXJ0ZE9U9C1Q0F

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: 21/08/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 6.405,62		NF-e Nº 000.025.841 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 000.025.841 fl. 1 /3 SÉRIE 001			
DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO)				CHAVE DE ACESSO 3524 0805 7381 7900 0100 5500 1000 0258 4114 5491 5552	
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/VENDA SUBSTITUICAO TRIBUTARIA				135241828756254 21/08/2024 12:26:08	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF	
417243313118				05.738.179/0001-00	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL			CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 21/08/2024
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50			BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064
MUNICÍPIO GARÇA		FONE / FAX (16)3374-8438	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 12:22:00	

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 1.660,38	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 6.405,62
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 6.405,62

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\$ 29,19 Trib.Est.R\$ 22,20)	90183219	0102	5102	CX	5,0000	37,00000	185,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05085	ALGODAO ROLETE SOFT PLUS C/100 Lote SL (Trib.Fed.R\$ 5,81 Trib.Est.R\$ 7,78) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$3,20 LOTE: SL QTD: 15,00 FAB: 31/12/2023 VAL: 31/12/2099	30059019	0102	5102	UN	15,0000	2,88000	43,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14110	ANTI SEP.COLG.PLAX S/BOMBA 2L Lote 4095BR12 (Trib.Fed.R\$ 7,02 Trib.Est.R\$ 9,40)	33069000	0102	5102	UN	1,0000	52,20000	52,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
07941	BENZOTOP TUTI FRUTI Lote 2404T0049 (Trib.Fed.R\$ 3,95 Trib.Est.R\$ 3,52) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$16,30 LOTE: 2404T0049 QTD: 2,00 FAB: 30/04/2024 VAL: 30/04/2026	30049099	0102	5102	UN	2,0000	14,67000	29,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08829	BROCA MICROD. 1016 Lote SL (Trib.Fed.R\$ 10,20 Trib.Est.R\$ 7,45)	90184919	0102	5102	UN	10,0000	6,21000	62,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08851	BROCA MICROD. 1092 Lote SL (Trib.Fed.R\$ 5,10 Trib.Est.R\$ 3,73)	90184919	0102	5102	UN	5,0000	6,21000	31,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08854	BROCA MICROD. 1095 Lote SL (Trib.Fed.R\$ 5,10 Trib.Est.R\$ 3,73)	90184919	0102	5102	UN	5,0000	6,21000	31,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11017	BROCA MICROD. 3017 Lote sl (Trib.Fed.R\$ 10,20 Trib.Est.R\$ 7,45)	90184919	0102	5102	UN	10,0000	6,21000	62,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08890	BROCA MICROD. 3017HL Lote sl (Trib.Fed.R\$ 10,20 Trib.Est.R\$ 7,45)	90184919	0102	5102	UN	10,0000	6,21000	62,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23047	BROCA MICROD. 3018 Lote sl (Trib.Fed.R\$ 10,20 Trib.Est.R\$ 7,45)	90184919	0102	5102	UN	10,0000	6,21000	62,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SIT.TRIB.0000 R\$ 1.631,48 - SIT.TRIB.0060 R\$ 4.774,14 EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL 305064 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Trib.Aprox.R\$ 872,45 Federal e 776,78 Estadual Fonte: IBPT Ch.:FADD79 V.:23.1.F	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA
ME (DENTAL GLOBO)

AV.LARANJEIRAS, 1158 - VILA QUEIROZ - CEP:13485-020
- LIMEIRA - SP
TEL: (19)3444-7550
dentalglobo@uol.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.025.841 fl. 2 /3
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3524 0805 7381 7900 0100 5500 1000 0258 4114 5491 5552

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA/VENDA SUBSTITUICAO TRIBUTARIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

417243313118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

05.738.179/0001-00

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241828756254 21/08/2024 12:26:08

CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPI
08910	BROCA MICROD. 3168 Lote SL (Trib.Fed.R\$ 10,20 Trib.Est.R\$ 7,45)	90184919	0102	5102	UN	10,0000	6,21000	62,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08911	BROCA MICROD. 3168F Lote SL (Trib.Fed.R\$ 10,20 Trib.Est.R\$ 7,45)	90184919	0102	5102	UN	10,0000	6,21000	62,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00377	CIMENTO FOSFATO ZINCO SSW LIQ Lote W012320 (Trib.Fed.R\$ 2,24 Trib.Est.R\$ 2,00) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$18,50 LOTE: W012320 QTD: 1,00 FAB: 28/02/2023 VAL: 28/02/2029	30064011	0102	5102	UN	1,0000	16,65000	16,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00378	CIMENTO FOSFATO ZINCO SSW PO Lote W012520 (Trib.Fed.R\$ 2,24 Trib.Est.R\$ 2,00) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$18,50 LOTE: W012520 QTD: 1,00 FAB: 30/04/2023 VAL: 30/04/2029	30064011	0102	5102	UN	1,0000	16,65000	16,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12183	CIMENTO PROVIS.DENTAL VILLE FL Lote 647 (Trib.Fed.R\$ 7,51 Trib.Est.R\$ 6,70) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$15,50 LOTE: 647 QTD: 4,00 FAB: 31/03/2023 VAL: 31/03/2026	30064011	0102	5102	UN	4,0000	13,95000	55,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
09059	FIO DENTAL HILLO 100 MTS Lote 309031 (Trib.Fed.R\$ 1,23 Trib.Est.R\$ 1,65)	33062000	0102	5102	UN	3,0000	3,06000	9,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08144	HEMOSPON C/10 Lote 402323 (Trib.Fed.R\$ 15,98 Trib.Est.R\$ 14,26) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$66,00 LOTE: 402323 QTD: 2,00 FAB: 01/09/2023 VAL: 30/09/2025	30061090	0102	5102	UN	2,0000	59,40000	118,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21383	IONOFAST 1X2,5G BIODINAMICA Lote 502/24 (Trib.Fed.R\$ 20,48 Trib.Est.R\$ 18,27) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$84,60 LOTE: 502/24 QTD: 2,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/06/2026	30064011	0102	5102	FR	2,0000	76,14000	152,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23511	LIMA K 15 25MM DENCO Lote SL (Trib.Fed.R\$ 11,77 Trib.Est.R\$ 8,60)	90184920	0102	5102	UN	4,0000	17,91000	71,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
24192	LIMA K 20 25MM DENCO Lote SL (Trib.Fed.R\$ 11,77 Trib.Est.R\$ 8,60)	90184920	0102	5102	UN	4,0000	17,91000	71,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
08165	MAXXION C KIT Lote 080224 (Trib.Fed.R\$ 5,45 Trib.Est.R\$ 4,86) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$45,00 LOTE: 080224 QTD: 1,00 FAB: 31/03/2023 VAL: 31/03/2025	30064011	0102	5102	UN	1,0000	40,50000	40,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14651	MAXXION R KIT A2 Lote 230524 (Trib.Fed.R\$ 32,68 Trib.Est.R\$ 29,16) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$45,00 LOTE: 230524 QTD: 6,00 FAB: 30/04/2024 VAL: 31/05/2026	30064011	0102	5102	UN	6,0000	40,50000	243,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10124	OXIDO DE ZINCO 50GR BIODINAMIC Lote 757/23 (Trib.Fed.R\$ 2,37 Trib.Est.R\$ 2,12) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$9,80 LOTE: 757/23 QTD: 2,00 FAB: 31/10/2023 VAL: 30/09/2026	30064011	0102	5102	UN	2,0000	8,82000	17,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19990	REVELADOR 500ML CARESTREAM Lote 7016214 (Trib.Fed.R\$ 4,62 Trib.Est.R\$ 5,49)	37079029	0102	5102	FR	1,0000	30,51000	30,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA
ME (DENTAL GLOBO)

AV.LARANJEIRAS, 1158 - VILA QUEIROZ - CEP:13485-020
- LIMEIRA - SP
TEL: (19)3444-7550
dentalglobo@uol.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.025.841 fl. 3 /3
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3524 0805 7381 7900 0100 5500 1000 0258 4114 5491 5552

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA/VENDA SUBSTITUICAO TRIBUTARIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241828756254 21/08/2024 12:26:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL
417243313118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF
05.738.179/0001-00

CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPI
25416	SUGADOR DESC C/40 PARTNER AZUL Lote SL (Trib.Fed.R\$ 5,75 Trib.Est.R\$ 5,13)	90183929	0102	5102	PC	5,0000	8,55000	42,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03681	ANESTESICO LIDOCAINA 1:100 DFL Lote 2406D1062 (Trib.Fed.R\$ 277,76 Trib.Est.R\$ 247,82) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$163,90 LOTE: 2406D1062 QTD: 14,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/06/2026	30049043	0500	5403	CX	14,0000	147,51000	2.065,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03683	ANESTESICO MEPIADRE 2% DFL Lote 2406C1019 (Trib.Fed.R\$ 364,36 Trib.Est.R\$ 325,08) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$215,00 LOTE: 2406C1019 QTD: 14,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/06/2026	30049061	0500	5403	CX	14,0000	193,50000	2.709,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10130.880676 60085.430001 7 98190000232880
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	25/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.328,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.328,80
Valor Pago (R\$):	2.328,80

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:32:24

Código da operação: 035089182

Chave de segurança: HPWZKVPRJYNGS9RS

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


MED CENTER COMERCIAL LTDA

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges
Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950
www.medcentercomercial.com.br

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº: 000559988
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1


CHAVE DE ACESSO:

3124 0700 8749 2900 0140 5500 1000 5599 8811 5791 9546

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 NAO CONTRIBUINTE - 6108

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131246099118959 31/07/24 17:29:48

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.

813015791118

CNPJ

00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL

(13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

31/07/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA ENTR/SAÍDA

31/07/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE / FAX

1133748438

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA DA SAÍDA

17:29:24

FATURA / DUPLICATA

001 25/08/2024 2.328,80

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.

1.210,55

VALOR DO I.C.M.S.

115,21

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST

0,00

VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.328,80

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO I.P.I.

0,00

VALOR APROX. TRIBUTOS

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.328,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF

SP

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

23246316000163

ENDEREÇO

AV 10, 1126

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587220280115

QUANTIDADE

8

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA
NÚMERO

592437

PESO BRUTO

63,870 Kg

PESO LÍQUIDO

63,870 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS%IPI
00297600 9018.32.19	AGULHA 13 X 4,5 DESC - 211C5/FAB.01/03/24/VAL.30/03/29 C/ 100 UN	900	6108 400	9 CV	5,380000	0,00%	48,42	48,42	0,00	5,81	0,00		12,00 0,00
00864900 3005.90.90	ATADURA DE RAYON 7,5 CM X 5 MT ESTERIL - 062024/FAB.01/06/24/VAL.30/06/29	3	6108 300	3 RL	4,476666	0,00%	13,43	13,43	0,00	0,54	0,00		4,00 0,00
01852900 9018.39.29	CATETER 20 SIMPLES - INT. - 2401035/FAB.01/01/24/VAL.30/12/28 C/ 100 UN	500	6108 240	5 CV	53,250000	0,00%	266,25	266,25	0,00	0,00	0,00		4,00 0,00
01232000 9018.39.26	CATETER 24 C/DISP SEG - INT / - 112595D01/FAB.01/12/23/VAL.30/11/28 C/ 100 UN	500	6108 240	5 CV	170,400000	0,00%	852,00	852,00	0,00	0,00	0,00		4,00 0,00
00103300 3003.90.99	CLOREXIDINA 2% 100 ML (DEGERM) - ALMOTOLIA - M37638/FAB.01/05/24/VAL.30/05/27	1	6108 000	24 FR	2,277916	0,00%	54,67	54,67	0,00	6,56	0,00		12,00 0,00
01074200 4819.10.00	COLETOR 13 LITROS DE MATER PERFICORT - LC2310513C/FAB.17/07/24/VAL.30/07/29	4	6108 000	4 CX	92,300000	0,00%	369,20	369,20	0,00	44,30	0,00		12,00 0,00
01062200 9018.11.00	ELETRODO P/MONIT ADULTO - ELE0009/24/FAB.01/04/24/VAL.30/04/27 C/ 50 UN	600	6108 200	12 PC	10,780000	0,00%	129,36	129,36	0,00	5,17	0,00		4,00 0,00
01857000 9018.90.99	EQUIPO P/ALIMENTAÇÃO ENTERAL (NUT)ESC - 20231130/FAB.01/11/23/VAL.30/11/28 C/ 25 UN	25	6108 200	1 PC	20,020000	0,00%	20,02	20,02	0,00	0,80	0,00		4,00 0,00
01490900 3005.10.90	FITA MICROPORE 25 X 10 C/CAPA - 20230920/FAB.20/09/23/VAL.19/09/28	75	6108 200	75 RL	2,002000	0,00%	150,15	150,15	0,00	6,01	0,00		4,00 0,00
01811400 6307.90.10	MASCARA N-95 PFF2 BICO DE PATO BC ELORE - 04/FAB.01/01/22/VAL.30/01/25	150	6108 000	150 UN	0,284000	0,00%	42,60	42,60	0,00	5,11	0,00		12,00 0,00
00879800 4804.39.90	PAPEL 10CM X 100MT GRAU CIRURGICO - 1047/FAB.01/06/24/VAL.30/06/29	4	6108 000	4 RL	39,490000	0,00%	157,96	157,96	0,00	18,96	0,00		12,00 0,00
00976900 4804.39.90	PAPEL 20CM X 100MT GRAU CIRURGICO - 2045/FAB.01/01/24/VAL.30/01/29	2	6108 000	2 RL	80,990000	0,00%	161,98	161,98	0,00	19,44	0,00		12,00 0,00
01188400 6505.00.90	TOUCA DESCARTAVEL SANFONADA - TYFAR T - 0523/FAB.01/07/23/VAL.30/07/28 C/ 100 UN	1.200	6108 200	12 PC	5,230000	0,00%	62,76	62,76	0,00	2,51	0,00		4,00 0,00

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BOLETO

ID 356463987.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acostaa@ahbb.org.br #Endereco de Entrega: Rua Luiz Martins Cruz, 63 - Jardim Lago Azul - 13294-394 - LOUVEIRA/SP Aliq. de 13,3% conforme inciso XV do art. 54 da RICMS/SP Produtos Isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/ Pedido: 592437 Volume M3: 0,410610 Rota: 10 FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS Valor ICMS UF Destino R\$: 100,42

RESERVADO AO FISCO



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0676/00854	N. DO DOCUMENTO 559988/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 109/00101308	VENCIMENTO 25/08/2024
RECEBI(EMOS) O BOLETO	ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 2.328,80

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO

31/07/2024



Banco Itaú S.A.

341-7

RECIBO DO PAGADOR

341-7

RECIBO DO PAGADOR



Fone: (35) 3449-1950

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484				
DATA DO DOCUMENTO 31/07/2024	NO. DO DOCUMENTO 559988/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 31/07/2024
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE VALOR X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO

Após 25/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO

Parcela: 1/01

APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO

APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ

VENCIMENTO	25/08/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0676/00854-3
CART. / NOSSO NÚMERO	109/00101308-8
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	2.328,80
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50
17402064 GARCA WILLIAMS

SACADOR/AVALISTA

SP

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10130.880676 60085.430001 7 98190000232880

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					VENCIMENTO 25/08/2024
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484					AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0676/00854-3
DATA DO DOCUMENTO 31/07/2024	Nº DO DOCUMENTO 559988/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 31/07/2024	CART. / NOSSO NÚMERO 109/00101308-8
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE VALOR X	1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 2.328,80
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO					2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS
Após 25/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.					3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO					4 (+) MORA / MULTA / JUROS
Parcela: 1/01					5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS
APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO					6 (=) VALOR COBRADO
APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ					

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50
17402064 GARCA WILLIAMS

SACADOR/AVALISTA

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01273.550135 65530.470007 2 98200000025270
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	26/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	252,70
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	252,70
Valor Pago (R\$):	252,70

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:33:19

Código da operação: 035089439

Chave de segurança: SFLT4CK2UKXMEM31

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

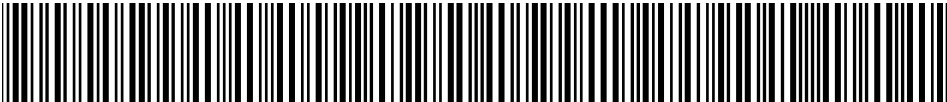
Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

 Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104095A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012735-5
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 252,70
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,83 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 5,05 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104095A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							(-) Valor Cobrado
Sacador/Avalista:							109/00012735-5
Autenticação							

 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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104095A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012735-5
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 252,70
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,83 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 5,05 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104095A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							(-) Valor Cobrado
Sacador/Avalista:							109/00012735-5
Autenticação							

 Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01273.550135 65530.470007 2 98200000025270			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104095A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012735-5
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 252,70
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,83 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 5,05 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104095A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							(-) Valor Cobrado
Sacador/Avalista:							109/00012735-5



RECEBEMOS DE COMERCIAL RUZALEM LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.										NF-e					
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO 45.349.461/0001-02								N°. 104.095 SÉRIE 1					
		Ass: _____													
COMERCIAL RUZALEM LTDA AV. INDEPENDÊNCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP TELEFONE: (19) 3826-3707 CEP: 13.289-152				DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA N°. 104.095 SÉRIE 1 FL 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1040 9514 4204 1897 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AUTORIZADORA									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDE DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE					PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 13524161871182927/07/2024 11:43:01										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111			INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO				CNPJ 05.626.896/0001-32								
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 MUNICÍPIO GARÇA												CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 27/07/2024	
BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS				CEP 17.402-064		DATA DA ENTRADA / SAÍDA 27/07/2024				HORA DA SAÍDA 11:39:26					
FONE/FAX 19 38483554		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
FATURA / DUPLICATA															
Número 001		Dt. Vencimento 26/08/2024		Valor 252,70		Número		Dt. Vencimento		Valor					
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 196,80		VALOR DO ICMS 35,42		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 252,70							
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 252,70					
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS															
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0 - Emitente		COD. ANT		PLACA VEICULO		UF					
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL					
QUANTIDADE 3		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 0,000		PESO LÍQUIDO 0,000					
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO															
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS			NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
05974	BANDEJA P/ CAFE MADEIRA STOLF 827			44201100	000	5102	UN	1,000	66,9000	66,90	66,90	12,04	0,00	18,0	0,00
11816	GARR TERM ROSCA 1 LT INOX PARAMOUNT AM POLA VIDRO 1256			96170010	000	5102	UN	1,000	129,9000	129,90	129,90	23,38	0,00	18,0	0,00
11855	XICARA P/CAFE C/PIRES PORCELANA PETIT 90ML C/6 HAUSKRAFT JGXC-006			69111010	060	5405	UN	1,000	55,9000	55,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA															
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								RESERVADO AO FISCO							
Vendedor: 003 - BETO Cond.Pag: 01030 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010438-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 30,92 Federal / R\$ 33,44 Estadual - Fonte: IBPT															



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01273.300135 65530.470007 6 98200000014950
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	26/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	149,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	149,50
Valor Pago (R\$):	149,50

Data/hora da operação:	22/08/2024 11:36:12
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	035090154
Chave de segurança:	RVXZ408CKYXG4V4L

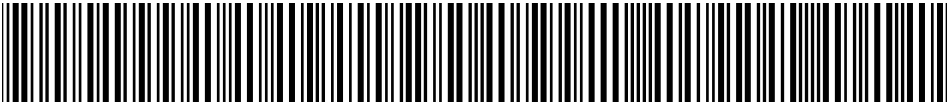
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

 Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104093A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012733-0
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(-) Valor do Documento R\$ 149,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,49 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,99 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104093A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:							(-) Valor Cobrado
							109/00012733-0
Autenticação							

 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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104093A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012733-0
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(-) Valor do Documento R\$ 149,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,49 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,99 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104093A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:							(-) Valor Cobrado
							109/00012733-0
Autenticação							

 Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01273.300135 65530.470007 6 98200000014950			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104093A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012733-0
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(-) Valor do Documento R\$ 149,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,49 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,99 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104093A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:							(-) Valor Cobrado
							109/00012733-0



RECEBEMOS DE COMERCIAL RUZALEM LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.										NF-e			
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR								Nº. 104.093			
		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO 45.349.461/0001-02								SÉRIE 1			
		Ass: _____											

COMERCIAL RUZALEM LTDA
AV. INDEPENDÊNCIA, 4830
santa rosa
VINHEDO - SP
TELEFONE: (19) 3826-3707
CEP: 13.289-152

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 104.093
SÉRIE 1
FL 1/1


CHAVE DE ACESSO
3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1040 9319 7045 4380
CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AUTORIZADORA

NATUREZA DA OPERAÇÃO					PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO						
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE					13524161866653627/07/2024 11:33:37						
INSCRIÇÃO ESTADUAL			INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO			CNPJ					
714090927111						05.626.896/0001-32					

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL					CNPJ/CPF			DATA DA EMISSÃO		
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB					45.349.461/0001-02			27/07/2024		
ENDEREÇO				BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA DA ENTRADA / SAÍDA		
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				WILLIAMS		17.402-064		27/07/2024		
MUNICÍPIO		FONE/FAX		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL			HORA DA SAÍDA	
GARCA		19 38483554		SP					11:33:34	

FATURA / DUPLICATA

Número	Dt. Vencimento	Valor	Número	Dt. Vencimento	Valor	Número	Dt. Vencimento	Valor
001	26/08/2024	149,50						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
149,50		26,91		0,00		0,00		149,50	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
								VALOR TOTAL DA NOTA	
								149,50	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA		COD. ANTT		PLACA VEICULO		UF		CNPJ / CPF				
			0 - Emitente												
ENDEREÇO			MUNICÍPIO									UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO					
1								0,000		0,000					

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
00521	SACO CRISTAL 30X40X020 TRANSPARENTE 603	39232190	000	5102	KG	5,000	29,9000	149,50	149,50	26,91	0,00	18,0	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO	
Vendedor: 003 - BETO Cond.Pag: 01030 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010437-PD VEM RETIRAR Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 14,95 Federal / R\$ 26,91 Estadual - Fonte: IBPT			



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.57007 00000.380139 64051.560007 9 98200000004500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA
Nome/Razão Social:	MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA
CPF/CNPJ:	69.061.109/0001-35
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO
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:	26/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	45,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	45,00
Valor Pago (R\$):	45,00

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:36:28

Código da operação: 035090597

Chave de segurança: WMUT0KKN41MV358G

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

	PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS			
	Data de Emissão 29/07/2024 15:20:01	Número da Nota 140436	Incentivo Fiscal Simples Nacional	
	Código de autenticação da NFSe: 1jqf4c2ffqysgk4			

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ.:	69.061.109/0001-35	Inscr./Munic.:	000005928
Razão Social/Nome:	MEDICATUS FARMACIA MANIPULACAO LTDA ME		
Endereço:	FERNANDO COSTA	Nº	340 Bairro: CENTRO
Complemento:			
Município:	VINHEDO	U.F.: SP	CEP.: 13280-00 Tel.:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Documento:	45.349.461/0001-02		
Inscr./Estadual:			
Razão Social/Nome:	Associação Hospitalar Beneficente do Brasil		
Endereço:	Rua Dr Orlando T. Santos	Número:	50
Bairro:	williams	Complemento:	
CEP.:	17.402-064	Cidade:	GARÇA / SP
E-Mail:		País:	BRASIL

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE

Endereço:	FERNANDO COSTA	Número:	340
Bairro:	CENTRO	Complemento:	
CEP:	13280-00	Cidade:	VINHEDO / SP
		País:	Brasil

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

DAV 352.207.24-00 - Associação Hospitalar Beneficente, REG:653916 CARVÃO ATIVO QSP (AVULSO PÓ 60G) R\$ 45,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Atividade: 407 - Servicos farmaceuticos.								
Aliquota da Atividade: 5,00%					Valor Bruto da Nota: R\$ 45,00			
Desconto Incondicional	INSS	IRRF(R\$)	CSLL	COFINS	PIS/PASEP	Deduções Previstas em Lei	Ded.Material/ 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\$ 45,00	R\$ 2,25	R\$ 45,00

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

RECIBO DO PAGADOR

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 00000.380139 64051.560007 9 98200000004500	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 26/08/2024
Beneficiário MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA CNPJ/CPF: 69.061.109/0001-35 RUA FERNANDO COSTA, 340, , 13280063 - CENTRO - VINHEDO - SP					Agência/Código Beneficiário 0136/40515-6
Data do documento 29/07/2024	Núm. do documento 140436	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 29/07/2024	Nosso Número 157 / 00000003 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 45,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 2,00% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 6,00% NEGATIVAR APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP					
Beneficiário final: CNPJ/CPF:					

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 00000.380139 64051.560007 9 98200000004500	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 26/08/2024
Beneficiário MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA CNPJ/CPF: 69.061.109/0001-35 RUA FERNANDO COSTA, 340, , 13280063 - CENTRO - VINHEDO - SP					Agência/Código Beneficiário 0136/40515-6
Data do documento 29/07/2024	Núm. do documento 140436	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 29/07/2024	Nosso Número 157 / 00000003 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 45,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 2,00% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 6,00% NEGATIVAR APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
					
Escolha a forma mais conveniente para realizar seu pagamento: Código de Barras ou QR Code. Basta acessar o aplicativo da sua instituição financeira e utilizar apenas uma das opções.					
Pix Cópia e Cola 00020101021226770014BR.GOV.BCB.PIX255api.itaui/pix/qr/v2/15fd4e74-92d5-4f80-af30-ea52cc99fd8e5204000053039865802BR5925MEDICATUS FARM MANIP LTDA6007VINHEDO62070503***6304C11B					
Pagador: AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP					
Beneficiário final: CNPJ/CPF:					



Ficha de Compensação

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000030 30000.070307 8 98270000010000
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
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA
CPF/CNPJ:	72.911.837/0002-84
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
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:	02/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	02/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	100,00
Juros (R\$):	0,00

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	100,00
Valor Pago (R\$):	100,00

Data/hora da operação:	02/09/2024 14:20:41
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	046290987
Chave de segurança:	HZ887NFA8K5QAF48

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

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Qua, 2024-08-21 13:15

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 21/08/2024 13:13.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: **MARCOS**

Cupom Fiscal: **6613**

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: **6613**

HM:

Placa: **SYC1G14**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	25,126 L	R\$ 3,980	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

26/08/2024 18:03

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 9022068
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 26/08/2024
Vencimento: 02/09/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	Vi. Item	Pr. Tab.	Vi. Tab.
	6613	21/08/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	25,13				ETANOL COMUM	3,980	100,000	3,980	100,000
Total de litros: 25,13												Valor Total: 100,00	

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL													
Produto					Quantidade	Valor			Valor Tabela				
ETANOL COMUM					25,13	100,00			100,00				
Valor total faturado: 100,00													

ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
CNPJ 72.911.837/0002-84 IE: 421000607117
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - LOUVEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 21/08/2024

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: ISENTO

Placa: SVC1614 Km:

Veiculos.:

Motorista: MARCOS

Valor....: 100,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupom.:6613

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Comprovante de Entrega

		237-2		Comprovante de Entrega	
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P		Vencimento 02/09/2024	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02		Carteira / Nosso Número 009/96910000330-2		Espécie R\$	
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.				Nº do Documento 9022068	
Recebi(emos) o bloquete		Data		Assinatura	
				Data	
				Entregador	
Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)					
☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe n. indicado ☐ Recusado ☐ Não Procurado					
☐ Desconhecido ☐ Falecido ☐ Endereço insuficiente ☐ Outros (anotar no verso)					

Recibo do Pagador

		237-2		23793.39100 99691.000030 30000.070307 8 98270000010000	
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P		Espécie R\$	
Número do documento 9022068		CPF/CNPJ 72911837000284		Vencimento 02/09/2024	
(-) Desconto / Abatimentos		(-) Outras deduções		(+/-) Valor cobrado	
				R\$ 100,00	
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\$ 0,20 AO DIA. NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.					
Autenticação mecânica					

Corte na linha pontilhada

		237-2		23793.39100 99691.000030 30000.070307 8 98270000010000	
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.		Vencimento 02/09/2024			
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84		Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P			
Data do documento 26/08/2024		No documento 9022068		Espécie doc. DM	
Aceite N		Data processamento 26/08/2024		Carteira / Nosso número 009/96910000330-2	
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			
		(+/-) Valor cobrado			
		R\$ 100,00			
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



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01280.720135 65530.470007 3 98210000029850
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	27/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	298,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	298,50
Valor Pago (R\$):	298,50

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:37:04

Código da operação: 035090941

Chave de segurança: N6KNA1C91NQZGSTJ

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

Recebemos de COMERCIAL RUZALEM os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

DATA DO RECEBIMENTO

/ /

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB 00007381
(01)000-FATURADO
Ass.: _____

45.349.461/0001-02
Valor do documento: 298,50

NF-e
Nº 104.189
Série 001

COMERCIAL RUZALEM LTDA

AV. INDEPENDENCIA, 4830
santa rosa
VINHEDO - SP
CEP: 13289-152
Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 104.189
SÉRIE 001
FOLHA 1/1


CHAVE DE ACESSO
3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1041 8917 4239 4637
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 ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241642488953 30/07/2024 17:24:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL
714090927111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
05.626.896/0001-32

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB 00007381

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
30/07/2024

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA SAÍDA
30/07/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX
(19)3848-3554

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
17:24:36

LOCAL ENTREGA

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP

DUPLICATAS

Número 001

Vencimento 27/08/2024

Valor R\$ 298,50

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00		0,00		0,00		0,00		298,50
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA
								298,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. %	
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO											ICMS	IPI
00018	FOLHA SULFITE A4 C/500 MP OFICCE 75GR	48025610	060	5405	UN	10,00	29,85	298,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: 002 - LAINE
Cond. Pag: 01028 - BOLETO
PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010499-PD
Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 54,36 Federal / R\$ 35,82 Estadual - Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 27/08/2024	
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 30/07/2024		Nº do Documento 000000104189A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 30/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012807-2
Uso do Banco		Carteira 109		Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 298,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0.99 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 5,97 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104189A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00012807-2	
Autenticação							

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01280.720135 65530.470007 3 98210000029850			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 27/08/2024	
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 30/07/2024		Nº do Documento 000000104189A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 30/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012807-2
Uso do Banco		Carteira 109		Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 298,50
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0.99 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 5,97 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104189A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00012807-2	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01280.640135 65530.470007 5 98210000012700
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	27/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	127,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	127,00
Valor Pago (R\$):	127,00

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:37:22

Código da operação: 035091074

Chave de segurança: UZY30R5HMZK3H0V4

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

COMERCIAL RUZALEM LTDA  AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 104.188 SÉRIE 001 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO 3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1041 8816 0866 7678 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 ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE/VENDA DE		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241642480794 30/07/2024 17:23:56	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ 05.626.896/0001-32	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB 00007381		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 30/07/2024
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064	DATA DA SAÍDA 30/07/2024
MUNICÍPIO GARCA	UF SP	TELEFONE / FAX (19)3848-3554	HORA DA SAÍDA 17:23:53

LOCAL ENTREGA	
CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARCA - SP

DUPLICATAS	
Número 001	
Vencimento 27/08/2024	
Valor R\$ 127,00	

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 10,90	VALOR DO ICMS 1,96	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 127,00	
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 127,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	IPI
01098	PAPEL T INT 2 DB 100% CEL MARCHPEL 20X20CM (CX5)	48182000	060	5405	PC	10,00	11,61	116,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
07430	TOUCA DESCARTAVEL SANFONADA BRANCA C/100 VABENE 1805	65050090	000	5102	PC	1,00	10,90	10,90	10,90	1,96	0,00	18,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor 002 - LAINE Cond.Pag 01028 - BOLETO PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010498-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 22,61 Federal / R\$ 15,89 Estadual - Fonte: IBPT	RESERVADO AO FISCO

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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 27/08/2024	
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 30/07/2024	Nº do Documento 000000104188A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 30/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012806-4		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 127,00	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,42 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,54 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104188A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:						(=) Valor Cobrado	
						109/00012806-4	
Autenticação							

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01280.640135 65530.470007 5 98210000012700			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 27/08/2024	
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 30/07/2024	Nº do Documento 000000104188A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 30/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012806-4		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 127,00	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 0,42 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,54 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104188A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:						(=) Valor Cobrado	
						109/00012806-4	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.31837 01021.889801 00484.080015 4 98130000281550
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	DESTRA APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH
Nome/Razão Social:	DESTRA APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH
CPF/CNPJ:	11.814.918/0001-90
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:	19/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.815,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.815,50

Valor Pago (R\$):	2.815,50
Data/hora da operação:	22/08/2024 11:37:40
Código da operação:	035091818
Chave de segurança:	AJ5J8EJ4M0YR27RQ

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
4371

Data de Emissão
21/08/2024

Data e Hora da
Competência
21/08/2024 às 11:40:11

Código de Verificação
0297-9923-9658

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.814.918/0001-90
Nome DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME
Logradouro RUA-ALTINO VAZ DE MELLO
Bairro CENTRO
Município PENÁPOLIS

Cód. Mobiliário 76568

Insc. Mun. 2.299.2065

RG/IE 521.154.679.119

Número 221

CEP 16300-035

UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

Inscrição Mun.

Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail contabilidade@ahbb.org.br;

Inf. Comp.

Logradouro DR ORLANDO T SANTOS

Bairro WILLIAMS

Município GARÇA

Complemento HOSPITAL

RG/IE

Cód. Mobiliário 0

Telefone

Número 50

CEP 17402-064

UF SP

País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3.000,0000	1,00	0,00	3.000,00

Valor Total dos Serviços - **R\$3.000,00**

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref. Convênio nº 0001/2024

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
19,50	90,00		45,00	30,00		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.000,00

Item da Lista

04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal

Normal

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Aliquota (%)

3,0000

Base de Cálculo (R\$)

3.000,00

Vlr. Total das Deduções (R\$)

0,00

Vlr. Total Retido (R\$)

184,50

Vlr. do ISS (R\$)

90,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.815,50

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica nº 4371 emitida em 21/08/2024 às 11:40:11 - Cód Verif 0297-9923-9658

Condições de Pagamento: Vencimento: 21/08/2024 Valor Total R\$ 3.000,00 Valor Líquido R\$ 2.815,50

Ass: _____ em ____/____/____.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01273.480135 65530.470007 1 98200000049080
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	26/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	490,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	490,80
Valor Pago (R\$):	490,80

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:37:57

Código da operação: 035092307

Chave de segurança: X024GT93K3VRM5KY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

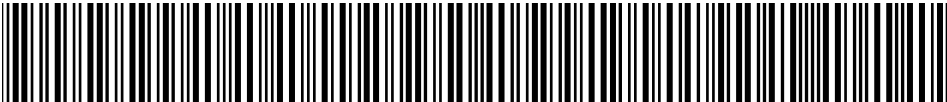
Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

 Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104094A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012734-8
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(-) Valor do Documento R\$ 490,80
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,62 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 9,82 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104094A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:							(-) Valor Cobrado
							109/00012734-8
Autenticação							

 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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104094A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012734-8
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(-) Valor do Documento R\$ 490,80
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,62 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 9,82 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104094A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:							(-) Valor Cobrado
							109/00012734-8
Autenticação							

 Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01273.480135 65530.470007 1 98200000049080			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 26/08/2024	
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 27/07/2024		Nº do Documento 000000104094A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 27/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012734-8
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(-) Valor do Documento R\$ 490,80
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,62 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 9,82 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104094A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Sacador/Avalista:							(-) Valor Cobrado
							109/00012734-8





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.934171 4 98200000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	26/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:38:16

Código da operação: 035092738

Chave de segurança: U36FZ3KT596K2TQN

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

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 64,56 (13,45%) FEDERAL E R\$ 86,40 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.I.DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADAA RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES	RESERVA AO FISCO 
---	--



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.868171 5 98210000053500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	27/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	535,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	535,00
Valor Pago (R\$):	535,00

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:38:32

Código da operação: 035093064

Chave de segurança: HY7G6Y32Z4VQK6ZY

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

RECEBEMOS DE ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO										NF-e Nº 000.012.767 Série 001					
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR													
ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br										DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.012.767 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 3524 0737 8340 1200 0121 5500 1000 0127 6710 0014 8281 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										DADOS DA NF-e Protocolo: 135241636560478 Data: 30/07/2024 08:08					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 712168965111				INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.						CNPJ 37.834.012/0001-21					
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 MUNICÍPIO GARÇA										CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 30/07/2024 DATA SAÍDA / ENTRADA 30/07/2024 HORA SAÍDA 08:07:18			
HAIRRO / DISTRITO WILLIAMS				CEP 17.402-064		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
FATURA / DUPLICATA 001 - 535,00 - 27/08/2024															
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 535,00							
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA 535,00					
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS															
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 9		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF			
ENDEREÇO				MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
QUANTIDADE 4		ESPÉCIE CILINDROS		MARCA DIVERSOS		NÚMERO 0		PESO BRUTO 0		PESO LÍQUIDO 0					
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI			
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	30,00	16,00	480,00							
0002	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL G - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAARJHR-NS TG - 29/05/2024;	28044000	0102	5102	M3	1,00	55,00	55,00							
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA															
DADOS ADICIONAIS															
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOTES X7CT (3); LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 71,96 (13,45%) FEDERAL E R\$ 96,30 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.I;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NACIONAL).;								RESERVADO AO FISCO							

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/1660/00000013659-x

CPF/CNPJ: 045.037.375-46

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: GABRIELE MARQUES SANTOS

Valor: R\$ 1.685,12

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00111373

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: CNRUST3S6R2TC7E2

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 209.13953.02-9		11 Nome GABRIELE MARQUES SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua AVENIDA MONSENHOR ANTONIO BENEDITO SPOLA, 351 - CASA 02				13 Bairro QUINTA DAS VIDEIRAS	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.290-340	17 CTPS (nº, série, UF) 04503730000 - 07546 / B/	18 CPF 045.037.375-46
19 Data de Nascimento 27/02/1998		20 Nome da Mãe MARIA APARECIDA SOUZA MARQUES			
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 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.269,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,79	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 1/12 avos	R\$ 250,28	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 250,28	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 83,43
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\$ 16,19				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.001,77
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\$ 106,42	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 18,77
114.1 IRRF	R\$ 191,46	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 316,65
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.685,12

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8621	GABRIELE MARQUES SANTOS	045.037.375-46	000744761678-9	1.685,12
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	1.685,12
	GARCA, 20/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00044096008-9

CPF/CNPJ: 461.436.398-92

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: KEITH FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.422,60

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00111436

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: 42CPKXP4AECF3TA7

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 GARÇA	06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 207.78119.22-4	11 Nome KEITH FERREIRA DOS SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA EVARISTO CAVALLI, 209				13 Bairro CIDADE JARDIM
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.294-258	17 CTPS (nº, série, UF) 01630800000 - 00406 / SF	18 CPF 461.436.398-92
19 Data de Nascimento 20/04/1996	20 Nome da Mãe ZILDA MARIA CLARO			

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. 2.417,43	24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 816,66	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,78	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 32,16 horas 40,00%	R\$ 133,81
56.1 Horas Extras 4,36 horas a 50%	R\$ 31,79	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 13,80	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 1/12 avos	R\$ 196,87	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 196,87	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 65,62
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 (MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL)	R\$ 0,48				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 1.587,68

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\$ 84,62	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 14,76
114.1 IRRF	R\$ 65,70	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 165,08
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.422,60

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8624	KEITH FERREIRA DOS SANTOS	461.436.398-92	000744761675-4	1.422,60
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	1.422,60
	GARCA, 20/08/2024	Responsável:		



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10126.840676 60085.430001 2 98190000206248
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	25/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	22/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.062,48
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.062,48
Valor Pago (R\$):	2.062,48

Data/hora da operação: 22/08/2024 11:32:51

Código da operação: 035089315

Chave de segurança: G0EP3HU32JUP3LRE

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

**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges
Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950
www.medcentercomercial.com.br

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº: 000559937
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1
**CHAVE DE ACESSO:**

3124 0700 8749 2900 0140 5500 1000 5599 3714 8961 3163

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 NAO CONTRIBUINTE - 6108			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131246098837529 31/07/24 15:57:07		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 5259495840034		INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT. 813015791118		CNPJ 00.874.929/0001-40	
DESTINATÁRIO / REMETENTE					
NOME / RAZÃO SOCIAL (13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				C.N.P.J / C.P.F. 45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50				DATA EMISSÃO 31/07/2024	
		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		DATA DA ENTR/SAÍDA 31/07/2024	
MUNICÍPIO GARÇA		FONE / FAX 1133748438		CEP 17402-064	
		UF SP		HORA DA SAÍDA 15:56:26	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL			

FATURA / DUPLICATA					
001	25/08/2024	2.062,48			

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.062,48		247,50	0,00	0,00	2.062,48
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX. TRIBUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.062,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI			FRETE POR CONTA 0 - Emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO
ENDEREÇO AV 10, 1126			MUNICÍPIO RIO CLARO	UF SP	C.N.P.J / C.P.F. 23246316000163
QUANTIDADE 2			ESPÉCIE VOLUME(S)	MARCA	NÚMERO 592426
				PESO BRUTO 11,894 Kg	PESO LÍQUIDO 11,894 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC ICMS ST VL ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS % ICMS % IPI
01800200	CETOPROFENO 100MG IV PO INF -	0	6108	4	227,010000	0,00%	908,04	908,04	0,00	108,96	0,00		12,00 0,00
3004.90.29	2419768/FAB.01/05/24/VAL.30/05/26 C/ 50 FR	200	500	CV		0,00		908,04	0,00				
01594600	DIPIRONA 1GR AMP 2ML -	0	6108	14	82,070000	0,00%	1.148,98	1.148,98	0,00	137,88	0,00		12,00 0,00
3003.90.99	20724024/FAB.01/05/24/VAL.30/05/26 C/ 100 AP	1.400	500	CV		0,00		1.148,98	0,00				
00828000	SINVASTATINA 20MG COMP / -	0	6108	2	2,730000	0,00%	5,46	5,46	0,00	0,66	0,00		12,00 0,00
3004.90.59	NL2640/FAB.01/11/23/VAL.30/10/25 C/ 30 CP	60	000	CV		0,00		5,46	0,00				

DADOS ADICIONAIS								RESERVADO AO FISCO					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES													
BOLETO													
PEDIDO 356463687.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #Endereco de Entrega: Rua Luiz Martins Cruz, 63, Jd Lago Azul, 13294394, LOUVEIRA/SP													
Pedido: 592426													
Volume M3: 0.021038													
Rota: 10													
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS													
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS													
Valor ICMS UF Destino R\$: 54,48													



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0676/00854	N. DO DOCUMENTO 559937/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 109/00101268	VENCIMENTO 25/08/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 2.062,48
LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO			DATA DE PROCESSAMENTO 31/07/2024



Banco Itaú S.A.

341-7

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO

MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40

ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO

31/07/2024

NO. DO DOCUMENTO

559937/01

ESPÉCIE DOC.

DM

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

31/07/2024

USO DO BANCO

CIP

CARTEIRA

109

MOEDA

R\$

QUANTIDADE

VALOR

X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO

Após 25/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO

Parcela: 1/01

APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO

APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ

341-7

RECIBO DO PAGADOR

MedCenter

Comercial

Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO

25/08/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

0676/00854-3

CART. / NOSSO NÚMERO

109/00101268-4

1 (+) VALOR DO DOCUMENTO

2.062,48

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50
17402064 GARCA
SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10126.840676 60085.430001 2 98190000206248

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					VENCIMENTO	25/08/2024
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459 KM 99, SN - Bairro: JD STA EDWIRGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484						
DATA DO DOCUMENTO 31/07/2024	NO. DO DOCUMENTO 559937/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 31/07/2024	CART. / NOSSO NÚMERO	109/00101268-4
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE	1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	2.062,48
					2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
					3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
					4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
					5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
					6 (=) VALOR COBRADO	
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 25/08/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.						
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01						
APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ						
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 17402064 GARCA SACADOR/AVALISTA						
					WILLIAMS	SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000023936-1

CPF/CNPJ: 081.681.544-52

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: SUZIELE DA SILVA ROCHA

Valor: R\$ 1.988,46

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00111663

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: 5X1UCET1333K1Z7C

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 RESCISAO 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 117.98484.42-5		11 Nome SUZIELE DA SILVA ROCHA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA DO RETIRO, 140 - CASA				13 Bairro RESIDENCIAL CAVALLI	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-646	17 CTPS (nº, série, UF) 02317800000 - 00458 / SF	18 CPF 081.681.544-52
19 Data de Nascimento 26/07/1999		20 Nome da Mãe SONIA MARIA DA SILVA 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. 3.504,98		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.269,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,79	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 58,44 horas 40,00%	R\$ 370,48
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\$ 61,75	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 1/12 avos	R\$ 285,97	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 285,97	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 95,32
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\$ 15,65				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.516,73
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\$ 145,27	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 21,44
114.1 IRRF	R\$ 361,56	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 528,27
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.988,46

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ASSOCIACAOHOSPITALAR BENEFICIENTE

Valor: R\$ 26.286,48

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00127527

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: QM8SZTTE3CVPKK0L

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

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124081923762669-1

Tag
45349461 07/2024 MENSAL

Pagar este documento até
20/08/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

239.559,37

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
07/2024	912	239.559,37	0,00	0,00	0,00	239.559,37
Total Geral:		239.559,37	0,00	0,00	0,00	239.559,37

Data de geração da Guia: 19/08/2024 às 09:58:23 - Página 1/1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE

Valor: R\$ 29.650,56

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00127585

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: 7N5LC515A5XRVNPA

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 Julho/2024	Data de Vencimento 20/08/2024	Número do Documento 07.16.24233.6478865-3	Pagar este documento até 20/08/2024
Observações Nº Recibo Declaração: 50000257314198			Valor Total do Documento 639.867,72

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO	266.245,30			266.245,30
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	93,50			93,50
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
	CNPJ Prestador:05.873.322/0001-69				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	15.950,00			15.950,00
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
	CNPJ Prestador:13.662.388/0001-38				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	1.257,20			1.257,20
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
	CNPJ Prestador:33.346.890/0001-47				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	3.185,88			3.185,88
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
	CNPJ Prestador:46.988.583/0001-01				
0561	IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PA	121.481,61			121.481,61
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	9.077,87			9.077,87
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	18.188,66			18.188,66
	07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
5979	PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	3.940,89			3.940,89
	07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
SENDA (Versão:5.2.0) Página: 1 / 2 20/08/2024 12:06:30					

SENDA (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 2

20/08/2024 12:06:30

85820006398 0 67720385242 3 33071624233 9 64788653255 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85820006398 0 67720385242 3 33071624233 9 64788653255 2



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.24233.6478865-3
Pagar até: 20/08/2024
Valor: 639.867,72

Pague com o PIX



Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
5987	CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	6.179,98			6.179,98
	07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
6147	PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO	118.457,23			118.457,23
	05 PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
6228	CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ	5.927,81			5.927,81
	05 CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
6230	PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ	3.866,72			3.866,72
	05 PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
6243	COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ	17.846,43			17.846,43
	05 COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
6256	IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO	48.168,64			48.168,64
	05 IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO				
	PA:07/2024 Vencimento:20/08/2024				
	Totais	639.867,72			639.867,72

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE

Valor: R\$ 20.222,86

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00127627

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: F5WRJ992AXEUVX4C

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: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE

Valor: R\$ 6.523,50

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00127663

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: KAY0P17ATPEQLVL6

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 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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09016 99618.842738 11486.030007 7 98220000011530
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
Nome/Razão Social:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
CPF/CNPJ:	13.254.314/0001-62
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	115,30
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	115,30
Valor Pago (R\$):	115,30

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:37:56
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	036105903
Chave de segurança:	QW4RXZHUK518HSG0

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



Papel, Plástico Itupeva LTDA
Avenida Francisco Nakasato - 1355
São Roque da Chave
Itupeva
13295458
11- 4591-7800
www.papelplasticoecia.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 1805915
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

3524 0713 2543 1400 0162 5500 1001 8059 1514 6543 6255

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 Merc. Adq. Terc.

INSCRIÇÃO ESTADUAL
388016300112

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA

CNPJ
13.254.314/0001-62

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241650500735 31/07/2024 14:30:43-03:00

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO Nº COMPLEMENTO

RUA DR ORLANDO T SANTOS 50

MUNICÍPIO CEP FONE/FAX UF

GARCA 17402-064 1435325198 SP

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO

31/07/2024

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

31/07/2024

HORA DE SAÍDA

14:30:38

FATURA / DUPLICATA

CENTO E QUINZE REAIS E TRINTA CENTAVOS

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	28/08/2024	115,30						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
89,50	16,11	0,00	0,00	115,30
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				115,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA			0 - Remetente				13.254.314/0001-62
ENDEREÇO			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA FRANCISCO NAKASATO 1355 ANEXO I			ITUPEVA			SP	388016300112
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO		PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
2					6.900	6.900	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTA ICMS	IPI
24561	BOB TERMICA 80MMX30MT THERMOFLEXO BR	48114190	0 00	5102	CX30	1.0000	89,5000	89,50	89,50	16,11		18,00	0,00
23608	PAPEL SULFITE A4 REPORT 75GR C/500(E)	48025610	0 60	5405	UN1	1.0000	25,8000	25,80	0,00	0,00		0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
34000006355			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MERCADORIA DESTINADA A USO E CONSUMO. Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira - NroCarga: 375516 - Representante: 3 - NroPedido: 2378120 - Forma Pagto: BOLETO - Valor Aprox. dos Tributos R\$ 28.32(24,56%)

***** Acesse nosso catalogo - www.papelplasticoecia.com.br/catalogo/Catalogo.pdf*****

RESERVADO AO FISCO

LIBERADO

341-7

Recibo do Sacado

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU					28/08/2024	
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAU					Agência/Código Cedente	
Beneficiário					2731/14860-3	
PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62					Nosso Número	
Data do Documento					109/01996188-4	
31/07/2024					(-) Valor do Documento	
Num. do Documento					115,30	
1805915/1					(-) Desconto/Abatimento	
Espécie Doc.					(-) Outras Deduções	
DM					(+) Mora/Multa	
Aceite					(+) Outros Acréscimos	
N					(-) Valor Cobrado	
Data do Processamento						
31/07/2024						
Uso do Banco						
Carteira						
109						
Espécie						
R\$						
Quantidade						
Valor						
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente.)						
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO						
NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO						
APÓS O VENCIMENTO COBRAR 0,30 POR DIA DE ATRASO						
APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA -						
APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.						
Pagador					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402064 WILLIAMS						
GARCA						
SP						
Sacador/Avalista						

Autenticação Mecânica

341-7

34191.09016 99618.842738 11486.030007 7 98220000011530

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU					28/08/2024	
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAU					Agência/Código Cedente	
Beneficiário					2731/14860-3	
PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62					Nosso Número	
Data do Documento					109/01996188-4	
31/07/2024					(-) Valor do Documento	
Num. do Documento					115,30	
1805915/1					(-) Desconto/Abatimento	
Espécie Doc.					(-) Outras Deduções	
DM					(+) Mora/Multa	
Aceite					(+) Outros Acréscimos	
N					(-) Valor Cobrado	
Data do Processamento						
31/07/2024						
Uso do Banco						
Carteira						
109						
Espécie						
R\$						
Quantidade						
Valor						
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente.)						
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO						
NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO						
APÓS O VENCIMENTO COBRAR 0,30 POR DIA DE ATRASO						
APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA -						
APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.						
Pagador					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402064 WILLIAMS						
GARCA						
SP						
Sacador/Avalista						

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01283.380135 65530.470007 1 98220000052200
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	522,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	522,00
Valor Pago (R\$):	522,00

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:38:18

Código da operação: 036106032

Chave de segurança: MTQESRS1H38S34TA

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

RECEBEMOS DE COMERCIAL RUZALEM LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.										NF-e							
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR								N°. 104.221							
		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO								SÉRIE 1							
		Ass:															
COMERCIAL RUZALEM LTDA AV. INDEPENDÊNCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP TELEFONE: (19) 3826-3707 CEP: 13.289-152				DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA N°. 104.221 SÉRIE 1 FL 1/1													
				CHAVE DE ACESSO 3524 0705 6268 9600 0132 5500 1000 1042 2111 7765 2258													
				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 ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE										PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 13524165255633931/07/2024 17:29:39							
INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111				INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO				CNPJ 05.626.896/0001-32									
DESTINATÁRIO / REMETENTE																	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB										CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 31/07/2024					
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS				CEP 17.402-064		DATA DA ENTRADA / SAÍDA 31/07/2024							
MUNICÍPIO GARÇA		FONE/FAX 19 38483554		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL				HORA DA SAÍDA 17:29:35							
FATURA / DUPLICATA																	
Número 001		Dt. Vencimento 28/08/2024		Valor 522,00		Número		Dt. Vencimento		Valor		Número		Dt. Vencimento		Valor	
CÁLCULO DO IMPOSTO																	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 522,00									
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 522,00							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																	
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0 - Emitente		COD. ANTT		PLACA VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF					
ENDEREÇO				MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL									
QUANTIDADE 10		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 0,000		PESO LÍQUIDO 0,000							
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO																	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS			NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR	ALIQ ICMS	ALIQ IPI		
06915	PAPEL HIG ROLAO 100% 8 ROLOS MAXPEL RE F180			48181000	060	5405	FD	5,000	49,9000	249,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
01098	PAPEL T INT 2 DB 100% CEL MARCHPEL 20X 20CM (CX5)			48182000	060	5405	PC	25,000	10,9000	272,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA																	
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 Vendedor: 002 - LAINE Cond.Pag: 01028 - BOLETO PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010522-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 60,10 Federal / R\$ 62,64 Estadual - Fonte: IBPT										RESERVADO AO FISCO							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa	
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.				Vencimento 28/08/2024	
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 31/07/2024	Nº do Documento 000000104221A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 31/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012833-8
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)				(-) Valor do Documento R\$ 522,00	
Após o vencimento cobrar R\$ 1,72 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 10,44				(-) Desconto/Abatimento	
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104221A-NF				(-) Outras Deduções	
				(+/-) Mora/Multa/Juros	
				(+/-) Outros Acréscimos	
				(-) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP				45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:					
				109/00012833-8	
Autenticação					

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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.				Vencimento 28/08/2024	
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 31/07/2024	Nº do Documento 000000104221A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 31/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012833-8
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)				(-) Valor do Documento R\$ 522,00	
Após o vencimento cobrar R\$ 1,72 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 10,44				(-) Desconto/Abatimento	
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104221A-NF				(-) Outras Deduções	
				(+/-) Mora/Multa/Juros	
				(+/-) Outros Acréscimos	
				(-) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP				45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:					
				109/00012833-8	
Autenticação					

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01283.380135 65530.470007 1 98220000052200	
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.				Vencimento 28/08/2024	
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 31/07/2024	Nº do Documento 000000104221A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 31/07/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012833-8
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)				(-) Valor do Documento R\$ 522,00	
Após o vencimento cobrar R\$ 1,72 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 10,44				(-) Desconto/Abatimento	
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104221A-NF				(-) Outras Deduções	
				(+/-) Mora/Multa/Juros	
				(+/-) Outros Acréscimos	
				(-) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP				45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:					
				109/00012833-8	



Autenticação mecânica / Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 30657.054521 24007.710007 9 98220000129136
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.291,36
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.291,36
Valor Pago (R\$):	1.291,36

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:38:34
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	036106186
Chave de segurança:	E1SK6REHLPA9XCKM

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

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitais LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep. 18271-210 Tatui/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 185.062

SÉRIE: 0

Página 1 de 1



Chave de Acesso da NF-e

35240708231734000193550000001850621002068460

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

135241654179087

31/07/2024 21:08

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Data da Emissão

31/07/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

31/07/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 185.062/1 Valor: 1.291,36 Vencido: 28/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

1.291,36

Valor do ICMS

232,44

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

1.291,36

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

1.291,36

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta
1 - emitente
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

1

Espécie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

4,200

Peso Líquido

4,200

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VLR TOTAL	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
568042	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM CX C/50 "ARTRINID" UNIAO QUIMICA Lote: 2414426 Val. 30/04/2026	30049029	000	5102	CX	16,00	80,710000	1.291,36	1.291,36	232,44		18,0	
						16,00							

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63

JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.: Sumaré

N/P.209.909

Reservado ao FISCO

PEDIDO 356463687.2

CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA

- Não aceitamos reclamações posteriores.

- Favor conferir todos os itens.

- Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto.

- Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega.

- Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte.



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 28/08/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 185062/1	Nosso Número 109/00306570-5
Espécie R\$	Quantidade	Valor X	(=)Valor Documento R\$ 1.291,36	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93				
END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUI/SP				



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

34191.09008 30657.054521 24007.710007 9 98220000129136

Local de Pagamento Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencimento, somente no ITAU.						Vencimento 28/08/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 31/07/2024	Número do Documento 185062/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 31/07/2024	Nosso Número 109/00306570-5	
Uso do Banco	CIP	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor R\$ 1.291,36	
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,39 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 25,83 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO						(-)Descontos/Abatimentos
						(-)Outras Deduções
						(+)Mora/Multa
						(+)Outros Acréscimos
						(=)Valor
Sacado ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP						

Sacador/Avalista





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.01571 11500.000002 16105.501015 5 98220000163400
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
Nome/Razão Social:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
CPF/CNPJ:	44.672.062/0001-15
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.634,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.634,00
Valor Pago (R\$):	1.634,00

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:38:53

Código da operação: 036106483

Chave de segurança: 7747S4WAT4R0EKM6

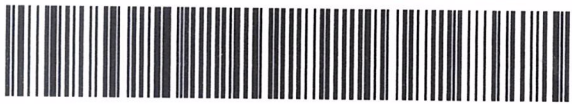
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA RUA DOUTOR JORGE LOBATO, 1410 VILA TIBERIO - 14050-110 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1637715458		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº. 000.022.668 Série 001 Folha 1/2		 CHAVE DE ACESSO 3524 0744 6720 6200 0115 5500 1000 0226 6810 0236 3534 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		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO											
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF											
797833036116				44.672.062/0001-15											
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO											
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		31/07/2024											
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP											
R DR ORLANDO T SANTOS, 050		WILLIAMS		17402-064											
MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
GARÇA		SP		16992288028											
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA		CNPJ / CPF		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		13294-394											
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP											
RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063		JARDIM LAGO AZUL II		13294-394											
MUNICÍPIO		UF		FONE / FAX											
LOUVEIRA		SP													
FATURA / DUPLICATA															
Num. 001															
Venc. 28/08/2024															
Valor R\$ 1.634,00															
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE CÁLC.ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR DO ICMS-FCP		BASE CÁLC.ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T-FCP		TOTAL PRODUTOS			
1.634,00		196,07		0,00		0,00		0,00		0,00		1.634,00			
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS		VALOR TOTAL IPI		VALOR IMPORTAÇÃO		TOTAL DA NOTA			
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		1.634,00			
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO		UF		CNPJ / CPF	
PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI						0-Remetente						SP		12.270.745/0004-00	
ENDEREÇO						MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL					
ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200 GALPAO 11B Km 2.2 SP 110-33						SUMARE		SP		671495090114					
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO					
8		Volumes													
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	Aliq IPI	
757	(623) SOL. FISIO. CLORETO DE SODIO 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2430478 Qt: 5 Val: 07/02/26 FCI:418ABEA0-1891-43C0-AA5B-07D36799C477	30049099	500	5102	CX	5	43,4200	217,10	217,10	26,05			12,00		
2442	CEFTRIAXONA 1G CX/50 - IM/IV/ABL G+ Lote: 111385C Qt: 2 Val: 31/03/26 FCI:067A1035-40CB-4861-B3AE-F502F326EA83	30042059	300	5102	CX	2	235,0000	470,00	470,00	56,40			12,00		
2599	CLISTEROL 12% (GLICERINA) 120 MG/ML CAIXA C/ 20 BOLSAS X 500 ML JP S+ Lote: 894224 Qt: 1 Val: 01/06/26	30049099	000	5102	CX	1	154,2000	154,20	154,20	18,50			12,00		
DADOS ADICIONAIS															
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES										RESERVADO AO FISCO					
Inf. Contribuinte: PEDIDO BIONEXO 356463687 CONTATO ANDERSON Contrato de gestao 001/2024 Prefeitura municipal de Louveira PEDIDO DE COMPRA:PDC#356463687#BIONEXO Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 236129 ATENDIMENTO (16) 3771-5458 DEVOLUCAO DE MERCADORIA NO PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS. AFE 3.11280-6 AFE 4.04495-0 AFE 1.27329-6 AE 1.27330-8 Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 219,77 Estadual: R\$ 196,07 Municipal: RS 0,00 Fonte: IBPT (A) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. (B) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. ALIQUOTA ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO RICMS/SP-2000. Regime Especial - 100320/2022 - Portaria CAT no 116/2017 ROTA: ENTREGA 1 DIA															



0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.022.668
Série 001
Folha 2/2



3524 0744 6720 6200 0115 5500 1000 0226 6810 0236 3534

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

VENDA DE MERCADORIA

135241652273803 - 31/07/2024 17:05:45

797833036116

CNPJ / CPF

44.672.062/0001-15

[illegible]

Declaro ter recebido 13 unidade(s)/ 8 volumes
de DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA
LTDA

(44.672.062/0001-15) os produtos constantes
da nota fiscal 000022668 serie 001
e pedido 236353 de 31/07/2024

Pedido fornecedor: PDC#356463687#BIONEXO

Reclamações/Devoluções:

Prazo máximo 72 horas do recebimento

IDADE		ROTA	
PARCA-SP		ENTREGA 1 DIA	
CLIENTE		CNPJ	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	
TRANSPORTADORA			
VN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI			
OTA	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO
			

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000022668

() Avaria () Falta () Excedente () Desacordo

Item: _____

Quantidade: _____

Lote: _____

No caso de avarias: () Avaria caixa interna () Avaria caixa externa

No caso de falta: () Falta de volume () Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000022668

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes.

Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Santander

Beneficiário:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA

Agência/Ident.Beneficiário
0230-0 / 0157115

Data do Documento
31/07/2024

Vencimento
28/08/2024

Pagador:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP

Número Documento:
22668-01

Nosso Número:
0016105

Valor do Documento:
1.634,00

Autenticação Mecânica

Banco Santander

033-0

03399.01571 11500.000002 16105.501015 5 98220000163400

Local de Pagamento:
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento
28/08/2024

Beneficiário
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15

Agência/Ident.Beneficiário
0230-0 / 0157115

Data do documento:
31/07/2024

No. do documento
22668-01

Espécie doc.
DM

Aceite
N

Data Processamento
31/07/2024

Nosso Número
0016105-5

Uso do Banco

Carteira
101

Espécie Moeda
RS

Quantidade

(x) Valor

(=) Valor do Documento
1.634,00

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,09 AO DIA

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP
45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000419 68027.801049 3 98220000337322
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.373,22
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.373,22
Valor Pago (R\$):	3.373,22

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:40:01
------------------------	---------------------

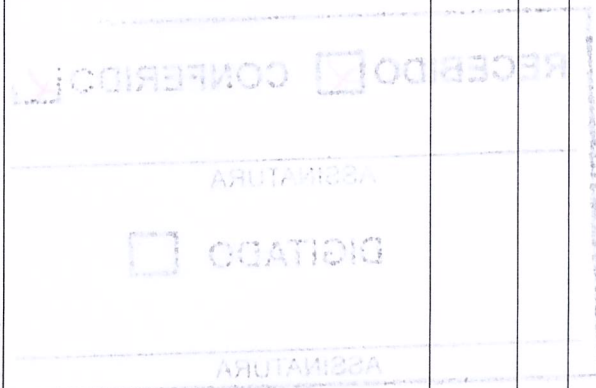
Código da operação:	036106615
Chave de segurança:	7U7YPJYHX91UAQ25

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

SUPERMED SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA Rua Projetada, s/n - Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:11-4934-1700		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAIDA 1 Nº 784353 SERIE 1 FOLHA 1/2		 CHAVE DE ACESSO 3124 0711 2060 9900 0107 5500 1000 7843 5311 3115 1301 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 a nao contribuinte				PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 131246098990075 31/07/2024 16:45:35																																																																																					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 001.771.1480296		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813.020.011.119		CNPJ 11.206.099/0001-07																																																																																					
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467) CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 31/07/2024 ENDEREÇO R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03 Bairro/DISTRITO WILLIAMS CEP 17402-064 DATA ENTRADA/SAIDA 31 JUL 2024 MUNICÍPIO GARÇA FONE/FAX 1435325198 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAIDA																																																																																									
FATURA / DUPLICATA 001 28/08/2024 3.373,22																																																																																									
CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.373,22 VALOR DO ICMS 180,29 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.373,22 VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 VALOR TOTAL DO IPI 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA 3.373,22																																																																																									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF MG CNPJ/CPF 01125797000540 ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730 MUNICÍPIO POUSO ALEGRE UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006 QUANTIDADE 17 ESPÉCIE CAIXA MARCA NÚMERO PESO BRUTO 101,98 PESO LÍQUIDO 101,98																																																																																									
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS <table><thead><tr><th>CÓDIGO</th><th>DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</th><th>NCM/SH</th><th>CST</th><th>CFOP</th><th>UND.</th><th>QUANT.</th><th>V.UNIT.</th><th>V.TOTAL</th><th>BC ICMS</th><th>V.ICMS</th><th>V.IPI</th><th>AL ICMS</th><th>AL IPI</th></tr></thead><tbody><tr><td>29250</td><td>FRALDA AD. EXTRA GDE.8PCT C/07 MAXI CONF LT 7645 (4) 04/2027 (Fornecedor: 284-4, Lote: 7645, Qtde: 4 ,Data Fab: 05/04/2024, Data Val: 05/04/2027)</td><td>96190000</td><td>000</td><td>6108</td><td>FD</td><td>4</td><td>80,2150</td><td>320,86</td><td>320,86</td><td>38,50</td><td>0,00</td><td>12,00</td><td>0,00</td></tr><tr><td>27513</td><td>CAMPO OP.45 X 50 S/RX C/50-NOBRE SLIN LT 216/24 (5) 07/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 216/24, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/2029)</td><td>30059090</td><td>000</td><td>6108</td><td>PCT</td><td>5</td><td>45,7000</td><td>228,50</td><td>228,50</td><td>27,42</td><td>0,00</td><td>12,00</td><td>0,00</td></tr><tr><td>14678</td><td>COL.P/DREN.UR.GARRAF.1200ML PC-MEDSONDA LT 76751 (5) 06/2028 (Fornecedor: 9657, Lote: 76751, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)</td><td>30069110</td><td>000</td><td>6108</td><td>PC</td><td>5</td><td>3,5300</td><td>17,65</td><td>17,65</td><td>2,12</td><td>0,00</td><td>12,00</td><td>0,00</td></tr><tr><td>30092</td><td>SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT I422 (1) 05/2026 (Fornecedor: 3118, Lote: I422, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2026)</td><td>90183111</td><td>100</td><td>6108</td><td>CX</td><td>1</td><td>46,2500</td><td>46,25</td><td>46,25</td><td>1,85</td><td></td><td>4,00</td><td></td></tr><tr><td>30096</td><td>SERINGA DESC.05ML LOCK C/500-SR LT L693 (5) 05/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L693, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 02/05/2029)</td><td>90183119</td><td>100</td><td>6108</td><td>CX</td><td>5</td><td>61,2000</td><td>306,00</td><td>306,00</td><td>12,24</td><td></td><td>4,00</td><td></td></tr></tbody></table>						CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI	29250	FRALDA AD. EXTRA GDE.8PCT C/07 MAXI CONF LT 7645 (4) 04/2027 (Fornecedor: 284-4, Lote: 7645, Qtde: 4 ,Data Fab: 05/04/2024, Data Val: 05/04/2027)	96190000	000	6108	FD	4	80,2150	320,86	320,86	38,50	0,00	12,00	0,00	27513	CAMPO OP.45 X 50 S/RX C/50-NOBRE SLIN LT 216/24 (5) 07/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 216/24, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/2029)	30059090	000	6108	PCT	5	45,7000	228,50	228,50	27,42	0,00	12,00	0,00	14678	COL.P/DREN.UR.GARRAF.1200ML PC-MEDSONDA LT 76751 (5) 06/2028 (Fornecedor: 9657, Lote: 76751, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)	30069110	000	6108	PC	5	3,5300	17,65	17,65	2,12	0,00	12,00	0,00	30092	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT I422 (1) 05/2026 (Fornecedor: 3118, Lote: I422, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2026)	90183111	100	6108	CX	1	46,2500	46,25	46,25	1,85		4,00		30096	SERINGA DESC.05ML LOCK C/500-SR LT L693 (5) 05/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L693, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 02/05/2029)	90183119	100	6108	CX	5	61,2000	306,00	306,00	12,24		4,00	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI																																																																												
29250	FRALDA AD. EXTRA GDE.8PCT C/07 MAXI CONF LT 7645 (4) 04/2027 (Fornecedor: 284-4, Lote: 7645, Qtde: 4 ,Data Fab: 05/04/2024, Data Val: 05/04/2027)	96190000	000	6108	FD	4	80,2150	320,86	320,86	38,50	0,00	12,00	0,00																																																																												
27513	CAMPO OP.45 X 50 S/RX C/50-NOBRE SLIN LT 216/24 (5) 07/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 216/24, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/2029)	30059090	000	6108	PCT	5	45,7000	228,50	228,50	27,42	0,00	12,00	0,00																																																																												
14678	COL.P/DREN.UR.GARRAF.1200ML PC-MEDSONDA LT 76751 (5) 06/2028 (Fornecedor: 9657, Lote: 76751, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)	30069110	000	6108	PC	5	3,5300	17,65	17,65	2,12	0,00	12,00	0,00																																																																												
30092	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT I422 (1) 05/2026 (Fornecedor: 3118, Lote: I422, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2026)	90183111	100	6108	CX	1	46,2500	46,25	46,25	1,85		4,00																																																																													
30096	SERINGA DESC.05ML LOCK C/500-SR LT L693 (5) 05/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L693, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 02/05/2029)	90183119	100	6108	CX	5	61,2000	306,00	306,00	12,24		4,00																																																																													
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ID 356463987 - Contrato de gestão 001/2024 Prefeitura municipal de Louveira #R41POV16 R3P1V1 ITENS 4 a 6 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal. Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 408,53 Pedido: 752997 End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000, LOUVEIRA-SP Operação contratada na modalidade não presencial - E-PTA-RE Nº: 45.000033322-68 Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Rota....: 6 Cubagem: 0,85 Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%). Reservado ao Fisco Mercadorias avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.																																																																																									

37524



		ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA PREF OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730 LOTEAMENTO PARATY - FONE: (31)3390-2168 POUSO ALEGRE -MG -CEP: 37561-110 www.ativalog.com.br		DACTE Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico		AUTORIZAÇÃO 31/07/24 18:07		FL 1/1			
CNPJ 01.125.797/0005-40 IE 5250929840006 RNTC 01201936		TIPO DO CT-E NORMAL		TIPO DO SERVIÇO NORMAL		CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 6353 Transp a est comercial		SÉRIE 8			
ORIGEM DA PRESTAÇÃO CAMBUÍ/MG		DESTINO DA PRESTAÇÃO LOUVEIRA/SP		EMITIDO POR Juliel		Nº PROTOCOLO 131242510478889		MODAL RODOVIÁRIO			
REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA MUN CAMBUÍ - MG CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 CEP 37600-000 FONE (11)40532222		DESTINATÁRIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA END AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 585 MIRANDOPOLIS MUN MIRANDOPOLIS - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE 16800-000 FONE (18)36591243		EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA END RUA PROJETADA SN ITAIM MUN CAMBUÍ - MG CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 CEP 37600-000 FONE (11)40532222		RECEBEDOR/LOC ENTREGA HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA END RUA LUIS MARTINS CRUZ N 63 0 SANTO ANTONIO LOUVEIRA - SP MUN LOUVEIRA - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE 13291-000 FONE (18)36591243		TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA END RUA PROJETADA SN ITAIM MUN CAMBUÍ - MG CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 CEP 37600-000 FONE (11)40532222			
OBSERVAÇÕES CST: 40 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - ISENTA CONF. ITEM 162 DO ANEXO X DECR. 48. 589/2023. - TABELA: COMBINADA CO4961129 - ROTA: PLZI/CPQR - TARIF: 020 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: ALEXASSANDRO BATISTA DOS SANTO - N PEDIDO: R41P0V16 752997. - Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execução de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR..		FRETE PESO 167,97 FRETE VALOR 7,22 DESPACHO 14,12 GRIS 6,75 PEDAGIO 19,98 TSO 5,06		PROD PREDOMIN EQ.MAC.FL.I.L.F/ ESPECIE CAIXAS VALOR MERCADORIA (R\$) 3.373,22 QTDE PARES/VOLUMES 17 CUBAG(m3)/PESO (Kg) 0,8500 101,980 PESO CÁLCULO (Kg) 255,000		ICMS (R\$) SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA ISENTAÇÃO BASE CÁLCULO 0,00 ALIQ DIFAL/ICMS(%) 0,00 VALOR ICMS 0,00 DIFAL ICMS ORIG/DEST 0,00 CRED PRES/ICMS ST 0,00		FRETE TOTAL (R\$) 221,10		VALOR A RECEBER (R\$) 221,10	
DETAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$ ICMS/ISS: 0,00 PIS: 3,32 COFINS: 15,29 TOTAL: 18,61		CHAVES NF-E/CT-E NF-E: 31240711206099000107550010007843531131151301		PIX		TENTATIVAS DE ENTREGA 1° ____/____/____-____:____ 2° ____/____/____-____:____ 3° ____/____/____-____:____		CBI 881843-6 CPQ / 09			
PLACA COLETA PA00001		TOMADOR REMET		COBRAR A PRAZO		PREV.ENTREGA 01/08/24		NR 00141298944937 - 00141298946718			
DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA ☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____ ☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____		NOME COMPLETO - LEGÍVEL		RG/CPF		DATA/HORA		ASSINATURA/CARIMBO			



033-7

03399.48457 01300.000419 68027.801049 3 98220000337322

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

Noosso Número 000004168027-8	Nr.Documento 8784353U	Data de Vencimento 28/08/2024	Valor do Documento R\$ 3.373,22	(=) Valor Pago R\$ 3.373,22
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP				
Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013			Autenticação Mecânica	



033-7

03399.48457 01300.000419 68027.801049 3 98220000337322

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/08/2024
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP					Agência/Código do Cedente 3689/4845013
Data do Documento 31/07/2024	Número do Documento 8784353U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 14/08/2024	Noosso Número 000004168027-8
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 3.373,22
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 5,51					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 3.373,22

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL / 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000419 68026.001047 2 98220000222126
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.221,26
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.221,26
Valor Pago (R\$):	2.221,26

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:40:19
------------------------	---------------------

Código da operação:	036106739
Chave de segurança:	UXAR4HLVGKR9N17Z

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

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 696526
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0711 2060 9900 0441 5500 1000 6965 2612 9622 0470

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 Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241652911696 31/07/2024 18:07:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
31/07/2024

ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAÍDA
31 JUL 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 28/08/2024 2.221,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.221,26	399,82	0,00	0,00	2.221,26
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				2.221,26

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE
8

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
63,40

PESO LÍQUIDO
63,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 069 (5) 11/2028 \ LT 072 (7) 12/2028 (Fornecedor: 3328, Lote: 069, Qtde: 5 ,Data Fab: 29/11/2023, Data Val: 29/11/2028 / Fornecedor: 3328, Lote: 072, Qtde: 7 ,Data Fab: 11/12/2023, Data Val: 11/12/2028)	44219900	000	5102	PCT	12	4,8400	58,08	58,08	10,45	0,00	18,00	0,00
33835	CATETER INTRAVENOSO 22G C/100-SEVENCARE LT 2401007 (10) 12/2028 (Fornecedor: 4481, Lote: 2401007, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/- 2024, Data Val: 31/12/2028)	90189010	700	5102	CX	10	74,8000	748,00	748,00	134,64	0,00	18,00	0,00
27571	NYLON PRETO 2/0 45CM 3/8 30MM C/24-TECHNO- FIO LT 21240696 (2) 05/2029 (Forneced- dor: 2420, Lote: 21240696, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 31/05/2029)	30061090	000	5102	CX	2	27,1900	54,38	54,38	9,79		18,00	
20307	P.LENC 50CMX50M C/10 BCO-FORTCLEAN LT 250/ 24 (1) 06/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 250/24, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2024, Da- ta Val: 30/06/2029)	48030090	000	5102	CX	1	53,8600	53,86	53,86	9,69	0,00	18,00	0,00
20308	P.LENC 70CMX50M C/10 BCO-FORTCLEAN LT 250/ 24 (1) 06/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 250/24, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2024, Da- ta Val: 30/06/2029)	48030090	000	5102	CX	1	75,7200	75,72	75,72	13,63	0,00	18,00	0,00

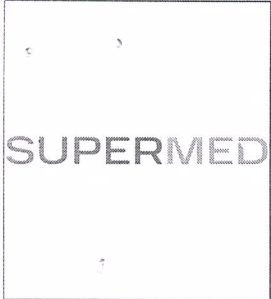
DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 356463987 - Contrato de gestão 001/2024 Prefeitura municipal de Louveira ||#R40V7
R35P15V1 ||
Pedido: 694093
End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,
LOUVEIRA-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,30
Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: 0,00% (0,00%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).
MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS
SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM
RELACIONADAS NO CANHOTO DA
NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

RESERVADO AO FISCO

32577



SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 696526
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0711 2060 9900 0441 5500 1000 6965 2612 9622 0470

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 Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241652911696 31/07/2024 18:07:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21368	LUVA PARA PROCED. NAO ESTERIL VINIL S/PO G C/20-DESCARPACK LT LVV003C/24 (1) 03/2029 (Fornecedor: 918, Lote: LVV003C/24, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/-2029)	39262000	200	5102	CX	1	262,0000	262,00	262,00	47,16	0,00	18,00	0,00
21452	LUVA PARA PROCED. NAO ESTERIL VINIL S/PO M C/20-DESCARPACK LT LVV004D/24 (1) 03/2029 (Fornecedor: 918, Lote: LVV004D/24, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2024, Data Val: 31/03/-2029)	39262000	200	5102	CX	1	275,0000	275,00	275,00	49,50	0,00	18,00	0,00
26423	RIOHEX TOP.AQUOSA 1% 100ML C/30-RIOQUIMICA LT 2402353 (2) 06/2027 (Fornecedor: 926, Lote: 2402353, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2-024, Data Val: 30/06/2027)	30049047	000	5102	CX	2	49,0600	98,12	98,12	17,66		18,00	
35754	SCALP N.21 PVC C/100-UNIQUED LT 20230507 (5) 05/2028 (Fornecedor: 4484, Lote: 2023-0507, Qtde: 5 ,Data Fab: 07/05/2023, Data Val: 06/05/2028)	90183929	000	5102	CX	5	22,4000	112,00	112,00	20,16	0,00	18,00	0,00
35336	AV. IMPERMEAVEL 40G MANGA LONGA AZUL C/1-0-MEGA LT 24/0014004 (16) 04/2026 (Fornecedor: 3948, Lote: 24/0014004, Qtde: 16 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/20-26)	63079010	200	5102	PCT	16	25,8950	414,32	414,32	74,58	0,00	18,00	0,00
34917	SISTEMA FECHADO ASPIRACAO ENDOTRAQUEAL N.-14 PC-ZELARA LT 0323101001 (1) 10/2028 (Fornecedor: 1494, Lote: 0323101001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 31/10/-2028)	90183929	100	5102	PC	1	22,6600	22,66	22,66	4,08	0,00	18,00	0,00
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20240205 (4) 02/2029 (Fornecedor: 1354-5, Lote: 20240205, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/-02/2024, Data Val: 28/02/2029)	90183999	200	5102	CX	4	11,7800	47,12	47,12	8,48	0,00	18,00	0,00

RECEBIDO

ARQUIVADA

DIGITADO

ARQUIVADA

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200 PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000 SAO PAULO - SP - CEP: 02190-050 www.ativalog.com.br CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTC 01201936		DACTE		AUTORIZAÇÃO 31/07/24 21:19		FL 1/1
		Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico				
SÉRIE 16		NÚMERO 005654421		MODAL RODOVIÁRIO	MODELO 57	Nº PROTOCOLO 135242015704767
CONTROLE DO FISCO						
Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br 35.2407.01.125.797/0007-01-57-016-005.654.421-130.389.452-2						
TIPO DO CT-E NORMAL		TIPO DO SERVIÇO NORMAL		CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 5352 Transp a est industrial		
ORIGEM DA PRESTAÇÃO ARUJA/SP		DESTINO DA PRESTAÇÃO LOUVEIRA/SP		EMITIDO POR amanoel		
REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CEP 07430-350 CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700						
DESTINATARIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA END AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 585 MIRANDOPOLIS MUN MIRANDOPOLIS - SP CEP 16300-000 CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243						
EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CEP 07430-350 CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700						
RECEBEDOR/LOC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (..) END RUA LUIS MARTINS CRUZ N 63 MUN SANTO ANTONIO MUN LOUVEIRA - SP CEP 13290-001 CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243						
TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CEP 07430-350 CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700						
OBSERVAÇÕES						
CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA C04961999 - ROTA: SAOI/C POR - TARIF: 015 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: ANDERSON MAN OEL PEREIRA DOS S - N PEDIDO: R40V7 694093. - Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execução de contrato de transporte (LG PD art. 7, V). - DEIXAR VIA DACTE NO DESTINATARIO. ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR.						
FRETE PESO 65,87		FRETE VALOR 4,75		PROD PREDOMIN CATETER INTRAVE		
DESPACHO 10,08		GRIS 4,98		VALOR MERCADORIA (R\$) 2.221,26		
PEDAGIO 6,66		TSO 4,90		QTDE PARES/VOLUMES 0		
IMP REPASSADO 13,26				CUBAG(m3)/PESO (Kg) 0,3000		
				PESO CÁLCULO (Kg) 90,000		
				ICMS (R\$)		
				SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA NORMAL		
				BASE CÁLCULO 110,50		
				ALIQ DIFAL/ICMS(%) 0,00		
				VALOR ICMS 13,26		
				DIFAL ICMS ORIG/DEST 0,00		
				CRED PRES/ICMS ST 0,00		
FRETE TOTAL (R\$) 110,50				VALOR A RECEBER (R\$) 110,50		
DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$						
ICMS/ISS: 13,26		PIS: 1,49		COFINS: 6,88		TOTAL: 21,63
CHAVES NF-E/CT-E						
NF-E: 35240711206099000441550010006965261296220470						
PLACA COLETA AQH4652		TOMADOR REMET		COBRAR A PRAZO		PREV.ENTREGA 02/08/24
						NR 00141300482636 - 00141300483521
DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA						
☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____ ☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____						
_____ NOME COMPLETO - LEGÍVEL		_____ RG/CPF		_____ DATA/HORA		_____ ASSINATURA/CARIMBO
TENTATIVAS DE ENTREGA 1ª ____/____/____ : ____ 2ª ____/____/____ : ____ 3ª ____/____/____ : ____ SAO 412597-5 CPQ / 09						



033-7

03399.48457 01300.000419 68026.001047 2 98220000222126

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

Nosso Número 000004168026-0	Nr.Documento 6696526U	Data de Vencimento 28/08/2024	Valor do Documento R\$ 2.221,26	(=) Valor Pago R\$ 2.221,26
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80
AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP

Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013	Autenticação Mecânica
--	-----------------------

Boleto de Pagamento



033-7

03399.48457 01300.000419 68026.001047 2 98220000222126

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/08/2024
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP					Agência/Código do Cedente 3689/4845013
Data do Documento 31/07/2024	Número do Documento 6696526U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 14/08/2024	Nosso Número 000004168026-0
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 2.221,26
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 3,63					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 2.221,26

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL / 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23796.62709 94225.000002 18000.299109 5 98220000060000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CPS COMERCIAL
Nome/Razão Social:	CPS COMERCIAL
CPF/CNPJ:	11.119.750/0001-01
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	CPS COMERCIAL
CPF/CNPJ:	11.119.750/0001-01
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASS. HOSP. BEN DO BRASIL
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	600,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	600,00
Valor Pago (R\$):	600,00

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:40:43
------------------------	---------------------

Código da operação:	036106888
Chave de segurança:	ECGAXNEK9A03LX82

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 Nº		CPS COMERCIAL DE MAT. EQUIP. MEDICOS			
0055		IMPOR. EXPOR, LTDA			
		CPF/CNPJ: 11.119.750/0001-01 Incrição 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:		01/08/2024			
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:		28 dias			
Qunatidade		Descrição		Vlr unitário/mensa	Valor
010		Bomba de infusão LF 2001 LIFEMED		60,00	600,00
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL 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 28/08/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV ENGENHEIRO CARLOS STEVENSON, 1066 - FUNDOS - NOVA CAMPINAS 13092-132 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 12/08/2024		Nº do documento 0055	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 12/08/2024	Nosso Número 09/00/000004225-5
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 **Autenticação Mecânica**
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.



Corte aqui

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 28/08/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV ENGENHEIRO CARLOS STEVENSON, 1066 - FUNDOS - NOVA CAMPINAS 13092-132 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 12/08/2024		Nº do documento 0055	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 12/08/2024	Nosso Número 09/00/000004225-5
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





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000419 71569.101042 8 98230000205037
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
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:	29/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.050,37
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.050,37
Valor Pago (R\$):	2.050,37

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:41:11
------------------------	---------------------

Código da operação:	036107062
Chave de segurança:	QXWLJVHJ2Q8LFHCE

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

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 696908
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0811 2060 9900 0441 5500 1000 6969 0813 0574 1595

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 Merc. Adq. de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241660034274 01/08/2024 13:08:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
01/08/2024

ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAÍDA
01 AGO 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 29/08/2024 2.050,37

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.050,37	VALOR DO ICMS 333,05	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.050,37
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 2.050,37

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CODIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE 2	ESPECIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 12,66	PESO LÍQUIDO 12,66
-----------------	------------------	-------	--------	---------------------	-----------------------

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29413	LACTULOSE XPE AMEIXA 120ML-NTS LT 23115 (20) 06/2026 (Fornecedor: 2901, Lote: 231-15, Qtde: 20, Data Fab: 25/06/2024, Data Val: 25/06/2026)	21069030	000	5102	FR	20	4,5200	90,40	90,40	16,27	0,00	18,00	0,00
28947	UNIPRAZOL 40MG 50FAM+DIL-U.QUIMICA LT 235-2992 (1) 09/2025 (Fornecedor: 4149, Lote: 2352992, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2023, Data Val: 30/09/2025)	30049069	500	5102	CX	1	532,6000	532,60	532,60	95,87		18,00	
2013	FLUIMUCIL 10% 5AMP 3ML-ZAMBON LT 28006424 (2) 01/2025 (Fornecedor: 3795, Lote: 2800-6424, Qtde: 2, Data Fab: 01/01/2023, Data Val: 31/01/2025)	30049099	200	5102	CX	2	15,1250	30,25	30,25	5,44	0,00	18,00	0,00
26715	HIDROXIDO ALUMINIO SUSP 240ML-EMS LT 4B36-95 (10) 04/2026 (Fornecedor: 335, Lote: 4B3695, Qtde: 10, Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2026)	30049099	500	5102	CX	10	7,2880	72,88	72,88	8,75		12,00	
35851	SIMETICONA GTS 15ML HOSP-CIMED LT 2413312 (30) 06/2026 (Fornecedor: 1666, Lote: 241-3312, Qtde: 30, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2026)	30049099	000	5102	FR	30	1,5727	47,18	47,18	5,66	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 356463687 - Contrato de gestão 001/2024 Prefeitura municipal de Louveira
||#R35P13V2 ||
Pedido: 694114
End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,
LOUVEIRA-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota..... 2 Cubagem: 0,05
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (1,2%), PIS/COFINS R\$ 0,00
(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS
SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM

RELACIONADAS NO CANHOTO DA

NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

3259

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 696908
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO
3524 0811 2060 9900 0441 5500 1000 6969 0813 0574 1595

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 Merc. Adq. de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241660034274 01/08/2024 13:08:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33318	CLOPIDOGREL 75MG 30CP REVEST GEN-ACCORD LT M2307955 (2) 05/2025 (Fornecedor: 4164, Lote: M2307955, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/- 2023, Data Val: 31/05/2025)	30049079	200	5102	CX	2	8,2400	16,48	16,48	1,98	0,00	12,00	0,00
11710	DOBUTAMINA 250MG 10AMP 20ML GEN-HYPOFARMA LT 24050969 (1) 05/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24050969, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/- 2024, Data Val: 31/05/2026)	30039099	000	5102	CX	1	54,8800	54,88	54,88	6,59	0,00	12,00	0,00
31386	PROMETAZOL 50MG 100AMP 2ML-HIPOLABOR LT BL-005/24 (1) 02/2026 (Fornecedor: 189- 8, Lote: BL-005/24, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/ 03/2024, Data Val: 28/02/2026)	30049079	000	5102	CX	1	395,0000	395,00	395,00	71,10		18,00	
12089	DICLOFEN.SODICO(DICLOFARMA) 75MG 10- 0AMP 3ML-FARMACE LT DC23L116 (5) 11/2025 (Fornecedor: 2385, Lote: DC23L116, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/12/2023, Data Val: 30/11/20- 25)	30039047	300	5102	CX	5	80,3400	401,70	401,70	72,31		18,00	
24856	ESCOPOLAMINA 20MG 100AMP 1ML GEN-FARMACE LT HS24A004 (3) 12/2025 (Fornecedor: 2385, Lote: HS24A004, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/03/- 2024, Data Val: 31/12/2025)	30039099	000	5102	CX	3	136,3333	409,00	409,00	49,08		12,00	

		ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200 PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000 SAO PAULO -SP -CEP: 02190-050 www.ativalog.com.br		DACTE Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico		AUTORIZAÇÃO 01/08/24 15:06		FL 1/1	
CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTRC 01201936		TIPO DO CT-E NORMAL		TIPO DO SERVIÇO NORMAL		CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO 5352 Transp a est Industrial		SÉRIE 16	
ORIGEM DA PRESTAÇÃO ARUJA/SP		DESTINO DA PRESTAÇÃO LOUVEIRA/SP		EMITIDO POR amanoel		NÚMERO 005655236		MODAL RODOVIÁRIO	
REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700		CEP 07430-350		Nº PROTOCOLO 135242020852154		CONTROLE DO FISCO			
DESTINATÁRIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA END AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 585 MIRANDOPOLIS MUN MIRANDOPOLIS - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE 188070970117 FONE (18)36591243		CEP 16800-000		Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br 35.2408.01.125.797/0007-01-57-016-005.655.236-130.395.299-9		COMPONENTES DO FRETE (R\$)		MERCADORIA	
EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700		CEP 07430-350		FRETE PESO 32,98 FRETE VALOR 4,39 DESPACHO 10,08 GRIS 4,98 PEDAGIO 6,66 TSO 4,90 IMP REPASSADO 8,73		PROD PREDOMIN UNIPRAZOL 40MG ESPECIE CAIXAS VALOR MERCADORIA (R\$) 2.050,37 QTDE PARES/VOLUMES 0 2 CUBAG(m3)/PESO (Kg) 0,0500 12,660 PESO CÁLCULO (Kg) 15,000		ICMS (R\$)	
RECEBEDOR/LOC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (...) END RUA LUIS MARTINS CRUZ N 63 SANTO ANTONIO MUN LOUVEIRA - SP CNPJ 45.349.461/0001-02 IE 188070970117 FONE (18)36591243		CEP 13290-001		SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA NORMAL BASE CÁLCULO 72,72 ALIQ DIFAL/ICMS(%) 0,00 12,00 VALOR ICMS 8,73 DIFAL ICMS ORIG/DEST 0,00 0,00 CRED PRES/ICMS ST 0,00 0,00		FRETE TOTAL (R\$) 72,72		VALOR A RECEBER (R\$) 72,72	
TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA MUN ARUJA - SP CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700		OBSERVAÇÕES CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 035020990000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA C04961999 - ROTA: SAOI/C PQR - TARIFF: 015 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: ANDERSON MAN OEL PEREIRA DOS S - N PEDIDO: R35P13V2 694114. - Tratamento de dad os pessoais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - DEIXAR VIA DACTE NO DESTINATARIO. ENTREGA URGE NTE CLIENTE HOSPITALAR.		DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R\$ ICMS/ISS: 8,73 PIS: 0,95 COFINS: 4,36 TOTAL: 14,04 CHAVES NF-E/CT-E NF-E: 35240811206099000441550010006969081305741595		PIX			
PLACA COLETA AQH4652		TOMADOR REMET		COBRAR A PRAZO		PREV.ENTREGA 02/08/24		NR 00141343334557 - 00141343334869	
DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA		TENTATIVAS DE ENTREGA							
☐ CAIXA LACRADA		☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA		☐ FALTANDO OS ITENS:				1° / / - : -	
☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS		☐ CAIXA VIOLADA						2° / / - : -	
								3° / / - : -	
NOME COMPLETO - LEGÍVEL		RG/CPF		DATA/HORA		ASSINATURA/CARIMBO		SAO 413585-7 CPQ / 09	
								PROCESSADO POR SSW.NF.BR	



033-7

03399.48457 01300.000419 71569.101042 8 98230000205037

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

Nosso Número 000004171569-1	Nr.Documento 6696908U	Data de Vencimento 29/08/2024	Valor do Documento R\$ 2.050,37	(=) Valor Pago R\$ 2.050,37
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80
AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP

Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013	Autenticação Mecânica
--	-----------------------



033-7

03399.48457 01300.000419 71569.101042 8 98230000205037

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 29/08/2024
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP					Agência/Código do Cedente 3689/4845013
Data do Documento 01/08/2024	Número do Documento 6696908U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 14/08/2024	Nosso Número 000004171569-1
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 2.050,37
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 3,35					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 2.050,37

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL / 45.349.461/0001-02

Sacador/Avalista
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE - 11.206.099/0001-07

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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01289.650135 65530.470007 1 98240000035820
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	30/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	358,20
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	358,20
Valor Pago (R\$):	358,20

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:41:32

Código da operação: 036107195

Chave de segurança: FE9G7XFS743901LU

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

COMERCIAL RUZALEM LTDA AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA1 - SAÍDA Nº 104.314 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0805 6268 9600 0132 5500 1000 1043 1419 7035 7896 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO								
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE				135241670632332 02/08/2024 15:07:21								
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ								
714090927111				05.626.896/0001-32								
DESTINATÁRIO / REMETENTE												
NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF								
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB 00007381				45.349.461/0001-02								
ENDEREÇO				DATA DA EMISSÃO								
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				02/08/2024								
MUNICÍPIO				DATA DA SAÍDA								
GARCA				02/08/2024								
UF				HORA DA SAÍDA								
SP				15:07:18								
TELEFONE / FAX				INSCRIÇÃO ESTADUAL								
(19)3848-3554												
LOCAL ENTREGA												
CNPJ / CPF		ENDEREÇO										
45.349.461/0001-02		RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARCA - SP										
DUPLICATAS												
Número		001										
Vencimento		30/08/2024										
Valor		R\$ 358,20										
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.								
0,00		0,00		0,00								
VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS								
0,00		0,00		358,20								
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO IPI								
0,00		0,00		0,00								
DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DA NOTA								
0,00		0,00		358,20								
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT								
		0 - EMITENTE										
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		PLACA DO VEÍCULO								
				UF								
QUANTIDADE		ESPÉCIE		INSCRIÇÃO ESTADUAL								
2												
MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO								
				PESO LÍQUIDO								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. %
00018	FOLHA SULFITE A4 C/500 MP OFICCE 75GR	48025610	060	5405	UN	12,00	29,85	358,20	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA												
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO						
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES												
Vendedor: 002 - LAINE												
Cond.Pag: 01028 - BOLETO												
PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010564-PD												
Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 65,23 Federal / R\$ 42,98 Estadual - Fonte: IBPT												

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 30/08/2024	
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 02/08/2024		Nº do Documento 000000104314A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012896-5
Uso do Banco		Carteira 109		Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 358,20
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,18 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 7,16 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104314A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00012896-5	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01289.650135 65530.470007 1 98240000035820			
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 30/08/2024	
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 02/08/2024		Nº do Documento 000000104314A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012896-5
Uso do Banco		Carteira 109		Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 358,20
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,18 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 7,16 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104314A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00012896-5	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01289.570135 65530.470007 8 98240000061240
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
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	30/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	612,40
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	612,40
Valor Pago (R\$):	612,40

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:41:59

Código da operação: 036107312

Chave de segurança: L7VRLCMS5E1GQ5KK

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

 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, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/08/2024
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 02/08/2024	Nº do Documento 000000104313A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012895-7	
Uso do Banco	Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 612,40	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.02 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12.25						(-) Desconto/Abatimento
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104313A-NF						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista:						109/00012895-7
Autenticação						

 Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 01289.570135 65530.470007 8 98240000061240				
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/08/2024
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 02/08/2024	Nº do Documento 000000104313A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00012895-7	
Uso do Banco	Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 612,40	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.02 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12.25						(-) Desconto/Abatimento
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104313A-NF						(-) Outras Deduções
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista:						109/00012895-7
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação						





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 01768.387001 00012.235172 2 98240000418000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITA
Nome/Razão Social:	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ:	10.203.274/0001-31
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE 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:	30/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	4.180,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	4.180,00
Valor Pago (R\$):	4.180,00

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:42:17

Código da operação: 036107414

Chave de segurança: XWY731HJ7M7UK9YW

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

		001-9		Comprovante de Entrega			
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora) () Mudou-se () Ausente () Não existe No () Recusado () Não procurado () Endereço insuficiente () Desconhecido () Falecido () Outros (anotar no verso)		
Vencimento 30/08/2024		Número do Documento 16766/1		Espécie R\$		Valor do Documento 4.180,00	
Recebemos o Título com as características acima		Data		Assinatura		Data	
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento						Data do processamento 14/08/2024	

		001-9		Recibo do Pagador			
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES			CNPJ/CPF 10.203.274/0001-31		Pagador Vencimento 30/08/2024		
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250							
Nosso Número 17683870000012235		Carteira 17/027		Espécie R\$		Quantidade	
Data do Documento 14/08/2024		Número do Documento 16766/1		Espécie Documento DM		Aceite N	
				Data do Processamento 14/08/2024		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO						(-) Desconto	
						(-) Outras Deduções/Abatimento	
						(+) Mora / Multa / Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF / CNPJ: 45349461000102	
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - - Williams - 17402064 - GARÇA / SP							
Beneficiário Final: CPF / CNPJ: Código de Baixa							
Autenticação Mecânica							

		001-9		00190.00009 01768.387001 00012.235172 2 98240000418000			
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Vencimento 30/08/2024		
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI				CNPJ / CPF 10.203.274/0001-31		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7	
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250						Nosso Número 17683870000012235	
Data do Documento 14/08/2024		Número do Documento 16766/1		Espécie Doc. DM		Aceite N	
				Data do Processamento 14/08/2024		(=) Valor do Documento 4.180,00	
Uso do Banco		Carteira 17/027		Espécie R\$		Quantidade	
				Valor		(-) Desconto	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO						(-) Outras Deduções/Abatimento	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF / CNPJ: 45349461000102	
Endereço Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - Williams 17402064 - GARÇA / SP							
Beneficiário Final: CPF / CNPJ: Código de Baixa							

		Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO	
--	--	--	--



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02815.634007 00094.644176 1 98240000124425
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
Nome/Razão Social:	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
CPF/CNPJ:	04.192.876/0001-38
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE 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:	30/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.244,25
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.244,25
Valor Pago (R\$):	1.244,25

Data/hora da operação:	23/08/2024 14:42:32
------------------------	---------------------

Código da operação: 036107538 Chave de segurança: MCM19NJK37GPTRL
--

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**CRISMED COMERCIAL
HOSPITALAR LTDA**



Rua Sao Paulo, 13
Bairro: Vila Belmiro
11075-330 Santos - SP

Fone: (13)3228-2305

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA

Nº 318.781
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524.0704.1928.7600.0138.5500.1000.3187.8110.0966.9059

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

DADOS DA NF-e

135241651656321 - 31/07/2024 16:10:47

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633.566.329.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

31/07/2024

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

31/07/2024

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(018)3659-1243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:10:25

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

Hospital Santo Antonio De Louveira

CPF/CNPJ

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

Rua Luiz Martins Cruz, 63

BAIRRO/DISTRITO

Jardim Lago Azul

CEP

13294-394

MUNICÍPIO

Louveira

UF

SP

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

318781/1 - 30/08/24 - 1244,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.244,25

VALOR DO ICMS

184,94

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.244,25

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

1.244,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE
1-DESTINATÁRIO

0

CODIGO ANNT

PLACA DO VEICULO

UF

SP

CNPJ/CPF
12.270.745/0001-50

ENDEREÇO

R SAO PAULO. 41

MUNICÍPIO

SANTOS

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633.751.854.115

QUANTIDADE

11

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

18,9200

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
22095 90183219	AGULHA DESCARTAVEL 25 X 07 INJEX Marca: INJEX Modelo: CX C/ 100 UN Lote: 035/22 - 28/02/2027 Qtde: 5.00 / CEST: 13.015.00	000 5102	CX	5,0000	4,99	0,0000	24,95	24,95	2,99	0,00	12,00	0,00
17702 90183219	AGULHA DESCARTAVEL 30 X 07 INJEX Marca: INJEX Modelo: CX C/100 UN Lote: 188/22 - 30/05/2027 Qtde: 30.00 / CEST: 13.015.00	000 5102	CX	30,0000	4,99	0,0000	149,70	149,70	17,96	0,00	12,00	0,00
18412 30059090	ATADURA DE CREPE 10CM 1,8 MT 13 F MEDIPLUS PCT C/12 ROLOS Marca: MEDI HOUSE Modelo: FD C/ 90 DZ Lote: 155510 - 19/06/2029 Qtde: 9.00 / CEST: 13.010.00	000 5102	PCT	9,0000	5,72	0,0000	51,48	51,48	9,27	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO: 9225 / / Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Id 356463987 - Entrega 01/08/2024 - Colocar nos dados adicionais da nota Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R\$: 96,63 Federal R\$: 94,60 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

RECLAMAÇÕES SOMENTE
NO ATO DA ENTREGA

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA
EMISSÃO: 31/07/2024

DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE
Total NF: 1.244,25

NF-e
Nº: 318781 SÉRIE: 1
FOLHA: 2/2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CRISMED COMERCIAL
HOSPITALAR LTDA
Rua Sao Paulo, 13
Bairro: Vila Belmiro
11075-330 Santos - SP
Fone: (13)3228-2305

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 318.781
SÉRIE: 1
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3524.0704.1928.7600.0138.5500.1000.3187.8110.0966.9059

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

DADOS DA NF-e
135241651656321 - 31/07/2024 16:10:47

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633.566.329.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.192.876/0001-38

18413 30059090	ATADURA DE CREPE 15CM 1,8 MT 13 F MEDIPLUS PCT C/12 ROLOS Marca: MEDI HOUSE Modelo: FD C/ 60 DZS Lote: 154808 - 30/04/2029 Qtde: 9,00 / CEST: 13.010.00	000 5102	PCT	9,0000	8,5	0,0000	76,50	76,50	13,77	0,00	18,00	0,00
18470 30059090	ATADURA DE CREPE 20CM 1,8 MT 13F MEDIPLUS PCT C/12 ROLOS Marca: MEDI HOUSE Modelo: PCT C/12 UN Lote: 155606 - 24/06/2029 Qtde: 9,00 / CEST: 13.010.00	000 5102	PCT	9,0000	12,48	0,0000	112,32	112,32	20,22	0,00	18,00	0,00
14998 48195000	PAPEL GRAU CIRURGICO 15CM X 100 MT {C/ FILME PARA ESTERILIZACAO} Marca: INJEX Modelo: ROLO Lote: 0723150 - 30/07/2028 Qtde: 2,00	000 5102	RL	2,0000	69,03	0,0000	138,06	138,06	24,85	0,00	18,00	0,00
18629 90183929	SCALP 23 WILTEX Marca: CIRURG.FERNANDES Modelo: CX C/100 UN Lote: 20221011 - 10/10/2027 Qtde: 10,00	000 5102	CX	10,0000	21,56	0,0000	215,60	215,60	38,81	0,00	18,00	0,00
18356 90183119	SERINGA DESC 10 ML S/AG LUER LOCK INJEX Marca: INJEX Modelo: CX C/450 UN Lote: 5505/24 - 28/02/2029 Qtde: 1,00	000 5102	CX	1,0000	86,04	0,0000	86,04	86,04	10,32	0,00	12,00	0,00
19597 90183119	SERINGA DESC 03ML S/ AG LUER LOCK Marca: INJEX Modelo: CX C/1000 UN Lote: 4342/22 - 30/09/2027 Qtde: 4,00	000 5102	CX	4,0000	97,4	0,0000	389,60	389,60	46,75	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 9225 // Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Id 356463987 - Entrega 01/08/2024 - Colocar nos dados adicionais da nota Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R\$: 96,63 Federal R\$: 94,60 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

BANCO DO BRASIL

001-9

Comprovante de Entrega

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Ag./Cod. Beneficiário

3359-6/25002-3

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

() Mudou-se

() Ausente

() Não existe nº

() Recusado

() Não Procurado

() Falecido

() Desconhecido

() End. Insuf.

() Outros

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Nosso Número

2815634000094644

Vencimento

30/08/2024

N. do Documento

318781/INFE

Espécie

R\$

Valor do Documento

1.244,25

Recebi(emos) o bloqueto de características acima

Data

Assinatura

Data

Entregador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02815.634007 00094.644176 1 98240000124425

Local de Pagamento

Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Vencimento

30/08/2024

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário

3359-6/25002-3

Data do Documento

31/07/2024

No. do Documento

318781/INFE

Espécie Doc.

R\$

Aceite

N

Data do Processamento

31/07/2024

Nosso Número

2815634000094644

Uso do Banco

Carteira

17

Espécie

R\$

Quantidade

x

Valor

=

Valor do Documento

1.244,25

Instruções

SUJEITO A PROTESTO.
JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 1.24

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções (Abatimento)

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
16400400 - LINS - SP

Cod. Interno: 00007276

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Pagador/ Avalista:

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02815.634007 00094.644176 1 98240000124425

Local de Pagamento

Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Vencimento

30/08/2024

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário

3359-6/25002-3

Data do Documento

31/07/2024

No. do Documento

318781/INFE

Espécie Doc.

R\$

Aceite

N

Data do Processamento

31/07/2024

Nosso Número

2815634000094644

Uso do Banco

Carteira

17

Espécie

R\$

Quantidade

x

Valor

=

Valor do Documento

1.244,25

Instruções

SUJEITO A PROTESTO.
JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 1.24

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções (Abatimento)

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
16400400 - LINS - SP

COD. INTERNO: 00007276

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Pagador / Avalista:

Código de Barra

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 30663.804521 24007.710007 5 98220000108024
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.080,24
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.080,24
Valor Pago (R\$):	1.080,24

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:42:47

Código da operação: 036108058

Chave de segurança: PZ2K4QQZFL1XLNVN

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

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

**Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitais LTDA**

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep. 18271-210 Tatui/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFEDocumento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1**No. 185.077****SÉRIE: 0**

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240708231734000193550000001850771002068616

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

135241654732674

31/07/2024 22:31

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Data da Emissão

31/07/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

31/07/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 185.077/1 Valor: 1.080,24 Vencido: 28/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

1.080,24

Valor do ICMS

194,43

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

1.080,24

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

1.080,24

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta

1 - emitente
2 - destinatário**1**

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

4

Espécie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

12,000

Peso Líquido

12,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
571449	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5 13F C/10 ESTERIL LIVIA SOFT AMED Lote: C21-1 Val. 20/05/2029	30059090	000	5102	PCT	1.000,00 1.000,00	0.520000	520,00	520,00	93,60		18,0	
574065	CURATIVO FILME TRANSP. IV ESTERIL FENESTRADO 9 X 12CM C/50 POLARFIX Lote: 240101 Val. 04/01/2029	30051090	000	5102	CX	1,00 1,00	136,860000	136,86	136,86	24,63		18,0	
573033	INVOLUCRO P/ESTERILIZACAO 40X40 40G MEDIO C/50 DESCARTEE Lote: 3023/W Val. 31/03/2026	30059020	000	5102	PCT	4,00 4,00	24,590000	98,36	98,36	17,70		18,0	
573039	INVOLUCRO P/ESTERILIZACAO 90X90 40G MEDIO C/50 DESCARTEE Lote: 3842/W Val. 31/03/2027	30059020	000	5102	PCT	2,00 2,00	74,970000	149,94	149,94	26,99		18,0	
573308	TORNEIRA 3 VIAS ESTERIL "LUER LOCK" CX C/50 ABL SAUDE Lote: C2311177 Val. 31/10/2028	90189010	000	5102	CX	6,00 6,00	29,180000	175,08	175,08	31,51		18,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63

JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

longe

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e No. 185.077
Data de recebimento	Identificação e assinatura do receptor	SÉRIE: 0
FUTURA www.futuramedicamentos.com.br Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira Cep: 18271-210 Tatuí/SP Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787 DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 1 No. 185.077 SÉRIE: 0 Página 2 de 2  Chave de Acesso da NF-e 35240708231734000193550000001850771002068616 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 135241654732674 31/07/2024 22:31 Natureza da Operação VENDA Inscrição Estadual 687.161.985.111 Inscrição Estadual do Subst. Tributário CNPJ 08.231.734/0001-93		

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal	Valor Total dos Serviços	Base de Cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares REG.:Sumaré N/P.209.891 PEDIDO 356463987.1 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - Não aceitamos reclamações posteriores. - Favor conferir todos os itens. - Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto - Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega. - Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte.	Reservado ao FISCO
---	-------------------------------



Banco Itaú S/A | 341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.		Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 28/08/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento 185077/1	Nosso Número 109/00306638-0
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor R\$ 1.080,24	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:		(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93 END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUI/SP			



Banco Itaú S/A | 341-7

34191.09008 30663.804521 24007.710007 5 98220000108024

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 28/08/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 31/07/2024	Número do Documento 185077/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 31/07/2024	Nosso Número 109/00306638-0
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor R\$ 1.080,24	(-)Descontos/Abatimentos
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,32 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 21,60 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
					(=)Valor
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP					





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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.008905 60001.512205 5 98220000627616
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ:	04.274.988/0001-38
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	6.276,16
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	6.276,16
Valor Pago (R\$):	6.276,16

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:43:27

Código da operação: 036108328

Chave de segurança: NC6XHY33L7MHUX57

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITA, 290 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.128.980 Série 001 Folha 1/2		 CHAVE DE ACESSO 3524 0704 2749 8800 0138 5500 1000 1289 8010 2440 3465 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 135241652391119 - 31/07/2024 17:15:21	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582596876113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF 04.274.988/0001-38	

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 31/07/2024	
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 050				BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064	
MUNICÍPIO GARÇA				UF SP		FONE / FAX 1836591411	
				INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA/ENTRADA	

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
ENDEREÇO RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063				BAIRRO / DISTRITO 13294-394*JARDIM LAGO AZUL II		CEP 13294-394	
MUNICÍPIO LOUVEIRA				UF SP		FONE / FAX	

FATURA / DUPLICATA	
Num.	001
Venc.	28/08/2024
Valor.	R\$ 6.276,16

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
4.614,06	595,37	0,00	0,00	0,00	0,00	6.276,16
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.276,16

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA		FRETE POR CONTA 0-Remetente		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO		UF		CNPJ / CPF 12.270.745/0004-00	
ENDEREÇO ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330		MUNICÍPIO SUMARE		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 671495090114					
QUANTIDADE 17	ESPÉCIE Volumes	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 367,290	PESO LÍQUIDO 367,290						

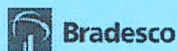
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
53648	AERODINI 100MCG/DOSE AER SPRAY 200DOSES+ADAPTADOR TEUTO S+ PMC: 52.30 Lote: 07642583 Qt: 10 Fab: 01/10/23 Val: 01/10/25	30049039	000	5102	FR	10	23,0000	230,00	230,00	41,40			18,00	
52046	AGUA P/ INJ 1000ML CX C/ 16 FR FRESENIUS O+ PMC: 19.19 Lote: 74TB1140 Qt: 16 Fab: 29/02/24 Val: 29/01/26 FCI:EA211171-A95B-4753-9111-8BC55C1222F8	30049099	520	5102	FR	16	8,4319	134,91	78,70	9,44			12,00	
45801	DEXAMETASONA 4MG/ML SOL INJ (GEN) CT C/ 120 AP 2,5ML TEUTO G+ PMC: 12.17 Lote: 5198742 Qt: 2160 Fab: 01/02/24 Val: 01/02/26	30043999	000	5102	UN	2.160	1,1290	2.438,64	2.438,64	292,64			12,00	
52287	ESPIRONOLACTONA 25MG (GEN) CT C/ 30 CP EMS G+ PMC: 0.69 Lote: 4B5551 Qt: 30 Fab: 18/04/24 Val: 18/04/26	30043220	000	5102	CP	30	0,1823	5,47	5,47	0,66			12,00	

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: Contrato de gestao 001/2024 Prefeitura municipal de Louveira PEDIDO DE COMPRA:PDC#356463687#BIONEXO Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2440346 BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4 BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0 PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38 "CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO" Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 844,15 Estadual: R\$ 753,15 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT (A) RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013 (B) Isento conforme decreto 66.055/21 RICMS/SP, convenio 132/21		RESERVADO AO FISCO
---	--	--------------------



ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

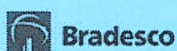
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP
Fone:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 31/07/2024	Vencimento 28/08/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 128980-01	Nosso Número: 00000089060	Valor: 6.276,16

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.008905 60001.512205 5 98220000627616

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 28/08/2024
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38					Agência/Código Beneficiário 2401-5/0015122-P
Endereço Beneficiário RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP					
Data do documento: 31/07/2024	No. do documento 128980-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 31/07/2024	Cart./Nosso Número 09/00000089060-2
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 6.276,16
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 16,74 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 125,52 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP
45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista

Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.008905 51001.512204 1 98220000038674
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ:	04.274.988/0001-38
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:	28/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	386,74
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	386,74
Valor Pago (R\$):	386,74

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:43:43

Código da operação: 036108570

Chave de segurança: 7SN4KNA5YGVAKPLR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

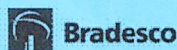
Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

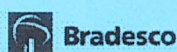
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fonc:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 31/07/2024	Vencimento 28/08/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 128958-01	Nosso Número: 00000089051	Valor: 386,74

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.008905 51001.512204 1 98220000038674

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 28/08/2024
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38					Agência/Código Beneficiário 2401-5/0015122-P
Endereço Beneficiário RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP					
Data do documento: 31/07/2024	No. do documento 128958-01	Espécie doc. DM	Accite N	Data Processamento 31/07/2024	Cart./Nosso Número 09/00000089051-3
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 386,74
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,03 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 7,73 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP
45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista

Ficha de Compensação



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 30673.054521 24007.710007 2 98230000396557
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
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:	29/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.965,57
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.965,57
Valor Pago (R\$):	3.965,57

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:43:57

Código da operação: 036109044

Chave de segurança: 2778RHQ5S5SQNJMY

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

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitais LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep: 18271-210 Tatui/SP

Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFEDocumento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 185.151

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240808231734000193550000001851511002069356

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

135241655251578

01/08/2024 00:19

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Data da Emissão

01/08/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

01/08/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 185.151/1 Valor: 3.965,57 Vencto. 29/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

3.891,52

Valor do ICMS

680,12

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

3.965,57

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

3.965,57

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta

1 - emitente

2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

8

Especie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

41,000

Peso Líquido

41,000

DADOS DO PRODUTO/Serviço

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
570611	COLAGENASE 0,6U/G C/ CLORANF. CX C/10BNG X 30G "KOLLAGENASE" CRISTALIA Lote: 50015283 Val. 12/06/2026	30049019	000	5102	CX	1,00 1,00	128,284000	128,28	128,28	23,09		18,0	
572276	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4,5G PO IV CX C/25FA "PIPERAZAM" BLAU Lote: 24070620 Val. 30/06/2026	30049099	000	5102	CX	4,00 4,00	375,235000	1.500,94	1.500,94	270,17		18,0	
574084	BENZILPENICILINA 1.200.000UI PO LIOF CX C/50FA "BEPEBEN" TEUTO BRASILEIRO Lote: 2505797 Val. 17/11/2025	30041013	000	5102	CX	3,00 3,00	385,880000	1.157,64	1.157,64	208,38		18,0	
26020	BROMOPRIDA 4MG/ML 20ML "GENÉRICO" PRATI, DONADUZZI Lote: 24F817 Val. 28/05/2026	30049045	000	5102	FR	5,00 5,00	2,860000	14,30	14,30	1,72		12,0	
568580	CIMETIDINA 300MG 2ML CX C/100 AMP "HYCIMET" HYPOFARMA Lote: 24020067 Val. 28/02/2026	30049062	000	5102	CX	2,00 2,00	108,760000	217,52	217,52	39,15		18,0	
568092	FUROSEMIDA 20MG 2ML CX C/100 "GENÉRICO" HYPOFARMA	30039086	000	5102	CX	3,00	71,190000	213,57	213,57	25,63		12,0	

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e
No. 185.151

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

SÉRIE: 0


www.futuramedicamentos.com.br
Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA
Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira
Cep: 18271-210 Tatui/SP
Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 2 1
No. 185.151
SÉRIE: 0
Página 2 de 2


Chave de Acesso da NF-e
35240808231734000193550000001851511002069356
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
135241655251578 01/08/2024 00:19

Natureza da Operação
VENDA

Inscrição Estadual
687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ
08.231.734/0001-93

	Lote : 24040459 Val. 30/04/2026					3,00							
569715	SOL GLICOSE 10% 500ML CX C/30 FRASCOS FRESENIUS Lote : 74TB0629 Val. 04/01/2026	30049099	000	5102	CX	1,00 1,00	177,765000	177,76	103,71	12,45		12,0	
568161	ISOSSORBIDA 5MG CX C/30CMP SUBLINGUAL "ISORDIL" EMS SIGMA PHARMA Lote : 4B5059 Val. 23/02/2026	30049059	000	5102	CX	2,00 2,00	7,551000	15,10	15,10	2,72		18,0	
574544	PROPRANOLOL 40MG CX C/40 CMP "GENÉRICO" GLOBO Lote : A16A00124 Val. 05/02/2026	30039099	000	5102	CX	3,00 3,00	2,640000	7,92	7,92	0,95		12,0	
574083	HIDROCORTISONA 500MG PO LIOF INJ CX C/50 F/A "ANDROCORTIL" TEUTO BRASILEIRO Lote : 25961722 Val. 28/11/2025	30043933	000	5102	CX	2,00 2,00	223,520000	447,04	447,04	80,47		18,0	
568364	TERBUTALINA 0,5MG/ML AMP 1ML CX C/50 "TERBUTIL" UNIAO QUIMICA Lote : 2413220 Val. 30/04/2026	30049099	000	5102	CX	1,00 1,00	85,500000	85,50	85,50	15,39		18,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63 JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares
REG.:Sumaré N/P.209.899

PEDIDO 356463687.1
CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA
- Não aceitamos reclamações posteriores.
- Favor conferir todos os itens.
- Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto.
- Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega.
- Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte.

Reservado ao FISCO



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:	3104 003 00000519-1

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00003.961174 4 98240000160500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
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:	30/08/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	23/08/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.605,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.605,00
Valor Pago (R\$):	1.605,00

Data/hora da operação: 23/08/2024 14:44:14

Código da operação: 036109489

Chave de segurança: 4E7EST4XP2QH1GE5

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

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.012.923
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 0837 8340 1200 0121 5500 1000 0129 2310 0015 0391

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

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP
FONE (11) 99237-2775
Email administrativo@essencialox.com.br

CEP 13.222-768

NATUREZA DO OPERAÇÃO
VENDA

DADOS DA NF-e
Protocolo: 135241730417140
Data: 09/08/2024 09:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL
712168965111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.
CNPJ
37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
09/08/2024

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17.402-064

DATA SAÍDA / ENTRADA
09/08/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE
(16) 3374-8438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA
09:53:28

FATURA / DUPLICATA
001 - 1.605,00 - 30/08/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				1.605,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTROS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
				1.605,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP

PRETE POR CONTA
0-EMITENTE
1-DESTINATÁRIO

2

CÓDIGO ANTT
054262577

PLACA DO VEÍCULO
DIU0B14

UF
SP

CNPJ / CPF
04.229.338/0001-70

ENDEREÇO
AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14

MUNICÍPIO
VARZEA PAULISTA

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
712104470111

QUANTIDADE
10

ESPÉCIE
CILINDROS

MARCA
DIVERSOS

NÚMERO
0

PESO BRUTO
0

PESO LÍQUIDO
0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	R.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	90,00	16,00	1.440,00					
0002	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - G - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	3,00	55,00	165,00					

09/08

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOTES ZEEC (8) YWSV (1) - LOTES Y83 (3); LEI 12.741/2012 TRIB.APROX. RS 215,87 (13,45%) FEDERAL E RS 288,90 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENA E MEDIUM PORTE.

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 16:01:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000013612-0

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: NICOLE DA CRUZ LOPES

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico: TED

CPF/CNPJ: 486.733.988-19

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 2.263,77

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 23/08/2024

Data da Operação: 23/08/2024

Código da Operação: 00112706

Chave de Segurança: ACSKWUTQ9S0F9SVR

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: 23/08/2024 às 16:01:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/0658/00001001765-3

CPF/CNPJ: 274.278.608-29

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: CRISTIANE REGINA DA SILVA

Valor: R\$ 2.016,02

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 23/08/2024

Código da Operação: 00112801

Data da Operação: 23/08/2024

Chave de Segurança: PT19S370X3ZKW6RP

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 RESCISAO 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 164.89769.33-7		11 Nome CRISTIANE REGINA DA SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA ZENABRE, 12 - CASA 2				13 Bairro MONTERREY	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.293-764	17 CTPS (nº, série, UF) 01665900000 - 00290 / SF	18 CPF 274.278.608-29
19 Data de Nascimento 29/03/1978		20 Nome da Mãe CLEIDE DE OLIVEIRA SILVA			
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. 3.450,30		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.269,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,79	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 55,42 horas 40,00%	R\$ 335,11
56.1 Horas Extras 7,57 horas a 50%	R\$ 85,82	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 70,15	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 1/12 avos	R\$ 282,08	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 282,08	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 94,03
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\$ 3,27				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.554,13
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\$ 149,45	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 21,15
114.1 IRRF	R\$ 367,51	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO Nº 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 538,11
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.016,02

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8635	CRISTIANE REGINA DA SILVA	274.278.608-29	000744762039-5	2.016,02
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.016,02
	GARCA, 22/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 16:01:49

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/0093/00000123824-8

CPF/CNPJ: 271.871.438-77

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: FABIANA DA SILVA

Valor: R\$ 2.043,55

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 23/08/2024

Código da Operação: 00112853

Data da Operação: 23/08/2024

Chave de Segurança: JTP5Q905944ZA4FX

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	
------------------------------	--

DADOS DO CONTRATO	
-------------------	--

22 Causa do Afastamento
Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

50 Saldo de 14/dias Salário	R\$ 1.260,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
-----------------------------	--------------	--------------	----------	-----------------	----------

DEDUÇÕES	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º	R\$ 0,00
------------------------	----------	---------------------------	----------	----------------------	----------

	CONVÊNIO Nº 01/2024			
--	---------------------	--	--	--

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8653	FABIANA DA SILVA	271.871.438-77	000744751877-9	2.043,55
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.043,55
	GARCA, 22/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/08/2024 às 11:07:20

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000001508-7

CPF/CNPJ: 051.267.932-09

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: LAIS DOS SANTOS CHAVES

Valor: R\$ 2.062,47

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 22/08/2024

Código da Operação: 00111488

Data da Operação: 22/08/2024

Chave de Segurança: U3ZM6G667ULJE1VS

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 RESCISAO 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 206.28796.23-9		11 Nome LAIS DOS SANTOS CHAVES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA MANOEL APARECIDO OLIVEIRA FERREIRA, 46 - CASA DOS ALTOS				13 Bairro ALTOS DA COLINA	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-528	17 CTPS (nº, série, UF) 08459000000 - 00078 / PA	18 CPF 051.267.932-09
19 Data de Nascimento 26/11/1999		20 Nome da Mãe FRANCISCA COSMA CASTRO DOS SANTOS			
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. 3.451,21		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 14/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.269,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,79	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 61,49 horas 40,00%	R\$ 389,82
56.1 Horas Extras 8,50 horas a 50%	R\$ 96,37	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 81,03	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 1/12 avos	R\$ 281,75	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 281,75	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 93,92
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\$ 1,63				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.627,86
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\$ 156,15	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 21,13
114.1 IRRF	R\$ 388,11	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 565,39
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.062,47

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8642	LAIS DOS SANTOS CHAVES	051.267.932-09	000744762002-6	2.062,47
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	2.062,47
	GARCA, 20/08/2024	Responsável:		

TERMO DE RESCISAO 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 129.11638.92-3		11 Nome GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA LUIZ SCARANCE, 29 - CASA 3				13 Bairro JARDIM TITO LIVIO MEII	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-272	17 CTPS (nº, série, UF) 35506120000 - 03892 / SF	18 CPF 355.061.238-92
19 Data de Nascimento 12/05/1986		20 Nome da Mãe MARIA FAUSTINO DOS SANTOS			
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. 2.037,85		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 14/08/2024	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 12/dias Salário (Líquido de 2/faltas e DSR)	R\$ 634,01	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 112,96	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 17,10 horas 40,00%	R\$ 60,23
56.1 Horas Extras 2,27 horas a 50%	R\$ 14,99	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 12,54	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 1/12 avos	R\$ 167,87	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 167,87	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 55,96
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\$ 16,40				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 1.242,83
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\$ 63,83	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 12,59
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 76,42
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.166,41

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8675	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA	355.061.238-92	000744762025-5	1.166,41
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Total da Empresa:	1.166,41
	GARCA, 22/08/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 29/08/2024 às 08:33:04

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/0340/00000001065-0

CPF/CNPJ: 58.701.665/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: DAMARI COMERCIO PARA MANUTENCAO

Valor: R\$ 82,50

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 27/08/2024

Código da Operação: 00124952

Data da Operação: 27/08/2024

Chave de Segurança: GXWLEPVW0C7ZZ0GA

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 transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0340 / 00000001065-0
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	DAMARI COMERCIO PARA MANUTENCAO
CPF/CNPJ:	58.701.665/0001-02
Valor:	R\$ 82,50
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	27/08/2024
Data / Hora da operação:	27/08/2024 15:45:56

Código da operação:	00124952
Chave de segurança:	HVW61VCTRUV9ZKAW

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 29/08/2024 às 08:33:04

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 3104/003/00000519-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

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: TED

CPF/CNPJ: 03.560.868/0004-87

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 9.619,10

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 27/08/2024

Data da Operação: 27/08/2024

Código da Operação: 00125022

Chave de Segurança: 1VZFQR5WGLHXY9V7

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

708/NFS-E



Número / Série	708 / NFS-E	Emissão	26/08/2024 16:55:00	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	26/08/2024	Código de verificação	1B5P.EVI8.G04A.EF7I	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: 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: (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

4.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES. (2,00 %)

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

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
EXAMES LABORATORIAIS PRODUÇÃO JULHO/2024 DADOS PARA DEPOSITO : BCO BRADESCO AG - 2388 CONTA CORRENTE - 248946-5	R\$ 9.765,58	1,00	R\$ 9.765,58
CONTRATO GESTÃO 001/2024 ORGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA			

Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
0,00	0,00	0,00	146,48	0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
9.765,58	195,31	0,00	9.765,58	2,00 %
Outras Retenções(R\$)			Valor Líquido:	R\$ 9.619,10
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 708, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/1B5P.EVI8.G04A.EF7I>

Data: / /

Assinatura:

LABORATORIO CITOLAB
CNPJ: 03560868000487
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HOSP. SANTO ANTONIO
Unidade:TODOS
Local:TODOS
Seção:TODOS
Destino:TODOS
Período de 01/07/2024 à 31/07/2024

PG.1

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
020202038-0	HEMO	HEMOGRAMA COMPLETO	355	5,14	1824,70
020205001-7	URINA	URINA	227	4,63	1051,01
020201031-7	CREAT	DOSAGEM DE CREATININA	191	2,31	441,21
020201069-4	UREIA	DOSAGEM DE UREIA	190	2,31	438,90
020203008-3	PCR	PROTEINA C REATIVA(QUANTI	159	11,56	1838,04
020201063-5	NA	DOSAGEM DE SODIO	148	2,31	341,88
020201060-0	K	DOSAGEM DE POTASSIO	147	2,31	339,57
020201064-3	TGO	TRANSAMINASE GLUTAMICA OX	75	2,51	188,25
020201065-1	TGP	TRANSAMINASE GLUTAMICA PI	74	2,51	185,74
020201032-5	CPK	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQ	38	4,60	174,80
020203120-9	TROP	TROPONINA CARDIACA I	35	11,25	393,75
020201033-3	CKMB	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQ	33	5,15	169,95
020201018-0	AMILA	DOSAGEM AMILASE	27	2,81	75,87
020201047-3	GLICE	DOSAGEM DE GLICOSE	24	2,31	55,44
020201020-1	BILI	DOSAGEM BILIRRUBINAS TOTA	18	2,51	45,18
020202013-4	TTPA	TEMPO DE TROMBOPLASTINA P	18	7,21	129,78
020202014-2	TP	TEMPO DE PROTROMBINA	18	3,41	61,38
020201046-5	GAMGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	16	4,39	70,24
020201053-8	LACTA	DOSAGEM DE LACTATO	15	27,16	407,40
020201042-2	FOSFA	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCA	15	2,51	37,65
020208007-2	BACTN	BACTERIOSCOPIA	12	3,50	42,00
020208008-0	UCULT	UROCULTURA	12	7,03	84,36
020201055-4	LIPAS	DOSAGEM DE LIPASE	12	2,81	33,72
020208002-1	ANTI1	ANTIBIOGRAMA	6	16,66	99,96
020206021-7	BHCG	GONADOTROFINA CORIONICA-F	5	8,75	43,75
020202015-0	VHS	VELOCIDADE DA HEMOSSEDIME	4	3,41	13,64
020208015-3	HEMOC	HEMOCULTURA	4	14,36	57,44

LABORATORIO CITOLAB
CNPJ: 03560868000487
ESTATÍSTICA EXAMES POR CONVÊNIOS
Convênio: HOSP. SANTO ANTONIO
Unidade:TODOS
Local:TODOS
Seção:TODOS
Destino:TODOS
Período de 01/07/2024 à 31/07/2024

Código	Exame	Descrição	QTD	V. Unit	V. Total
	DIMER	D-DIMERO	3	187,50	562,50
020203013-0	C4	COMPLEMENTO C4	2	21,45	42,90
020203012-1	C3	COMPLEMENTO C3	2	21,45	42,90
	ALBUM	ALBUMINA	2	3,75	7,50
020203063-6	HBSG	HEPATITE B - ANTI-HBs	2	23,19	46,38
020203111-0	VD	VDRL - SOROLOGIA PARA SIF	2	3,54	7,08
020201056-2	MG	DOSAGEM DE MAGNESIO	2	2,51	5,02
020201021-0	CA	DOSAGEM CALCIO	2	2,31	4,62
020201020-1	BILT	BILIRRUBINA TOTAL	1	2,51	2,51
	PROTC	PROTEINA C	1	46,93	46,93
020212002-3	ABO	TIPAGEM SANGUINEA ABO	1	3,43	3,43
	IMUSS	IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS	1	185,00	185,00
	BNP	PEPTIDEO NATRIURETICO CER	1	102,09	102,09
020202003-7	RETIC	RETICULOCITOS	1	3,41	3,41
020201036-8	DHL	DOSAGEM DE DESIDROGENASE	1	4,60	4,60
020201050-3	HBA1C	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GL	1	9,83	9,83
020201043-0	P	DOSAGEM DE FOSFORO	1	2,31	2,31
020208008-0	CULN	CULTURA E ANTIBIOGRAMA NA	1	7,03	7,03
020208008-0	CUVG2	CULTURA DE VIGILÂNCIA - V	1	7,03	7,03
020208008-0	CUVG	CULTURA DE VIGILÂNCIA - V	1	7,03	7,03
020201022-8	CAI	DOSAGEM CALCIO IONIZAVEL	1	4,39	4,39
020201067-8	TRI	DOSAGEM DE TRIGLICERIDES	1	4,39	4,39
020201028-7	LDL	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1	4,39	4,39
020201029-5	COLES	DOSAGEM DE COLESTEROL TOT	1	2,31	2,31
020201027-9	HDL	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1	4,39	4,39

Paciente(s):446
Exame(s):1912
Valor Total:R\$ 9.765,58

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3104 / 003 / 00000519-1
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Banco:	341 - ITAU UNIBANCO S.A. - 60701190
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0796 / 00000031557-0
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	PA HIDRAULICA
CPF/CNPJ:	59.312.454/0001-40
Valor:	R\$ 35,90
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	29/08/2024
Data / Hora da operação:	29/08/2024 15:52:53

Código da operação:	00130999
Chave de segurança:	X51YCN755Z3G5125

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

RECEBEMOS DE P.a. Hidraulica Eireli OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 29/08/2024 VALOR TOTAL: R\$ 35,90 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - R DR ORLANDO T SANTOS, 50 JUNDIAI - SP

NF-e
Nº. 000.003.723
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



P.a. Hidraulica Eireli
Rua Zacarias de Goes, 107
Vila Boaventura - 13201-800
Jundiaí - SP Fone/Fax: 1145210234

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.003.723
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0859 3124 5400 0140 5500 1000 0037 2319 8365 0900

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

AUTORIZAÇÃO DA OPERAÇÃO

5405-VENDA PRODUTOS PJ- consumo final

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241907588713 - 29/08/2024 16:26:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL

407090170112

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

59.312.454/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

29/08/2024

ENDEREÇO

DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

29/08/2024

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

UF

SP

1633748438

16:24:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLC. ICMS S.T.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR IMP. IMPORTAÇÃO

0,00

VALOR DO PIS

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

35,9

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR DA COFINS

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

35,9

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

Sem Frete

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

ADICIONAIS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
MS-51	ACIONADOR P/ SAIDA CX ACOPLADA LORENZETTI	84819010	0500	5405	UN	1,000	35,90	35,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
Valor Aprox dos Tributos: R\$ 8,12

RESERVADO AO FISCO

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	1.444.585,40	635.339,97	809.245,43	813.138,38	3.892,95
agosto-24	813.138,38	530.259,91	1.059.764,62	283.633,67	287.578,31	3.944,64
setembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
outubro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
novembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dezembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL		1.974.845,31	1.695.104,59			7.837,59

RESUMO:	
SALDO ANTERIOR	0,00
TOTAL DE APLICAÇÕES	1.974.845,31
TOTAL DE RESGATES	1.695.104,59
SALDO FINAL	287.578,31
TOTAL DE RENTABILIDADE	7.837,59

Louveira, 31 de Agosto de 2024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA - 2024
(Banco 104) (Conta Corrente 003.00000519-1)

<u>POSIÇÃO CONTÁBIL</u>			
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
01/07/2024	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
31/07/2024	CONVÊNIO RECEBIDO NO EXERCÍCIO	2.999.243,80	2.999.243,80
31/07/2024	RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	7.837,59	3.007.081,39
31/07/2024	TOTAL DE DESPESAS PAGAS EM 2024	-2.719.503,08	287.578,31
=	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	287.578,31
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
31/07/2024	Crédito de Recursos Próprios	0,00	0,00
31/07/2024	Débito Indevido	0,00	0,00
31/07/2024	Débitos - Tarifas Bancárias	0,00	0,00
=	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
POSIÇÃO DOS SALDOS		INICIAL	FINAL
	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	287.578,31
	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
=	SALDO TOTAL	0,00	287.578,31

<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			
31/07/2024	SALDO FINAL C/C		0,00
31/07/2024	SALDO FINAL - APLICAÇÃO FINANCEIRA		287.578,31
=	SALDO TOTAL EM BANCO		287.578,31

Louveira, 31 de Agosto 2024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

RELAÇÃO DETALHADA DAS DESPESAS REALIZADAS

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
1	16/07/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 36,50	R\$ -	R\$ 36,50	540.000
2	17/07/2024	N. F. 12.300	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 6.135,00	R\$ -	R\$ 6.135,00	576.060
3	17/07/2024	FAT. 1.683	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	LOCAÇÃO DE CILINDROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 730,00	R\$ -	R\$ 730,00	585.540
4	17/07/2024	N. F. 552.959	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.044,53	R\$ -	R\$ 1.044,53	592.920
5	17/07/2024	N. F. 553.021	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.278,92	R\$ -	R\$ 2.278,92	255.568
6	18/07/2024	N. F. 38	ELETROSAT COMERCIO E PRESTACAO DE SERVICOS EM APARELHO ELETRONICOS LTDA	MATERIAL MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 330,00	R\$ -	R\$ 330,00	931.760
7	19/07/2024	RECIBO 35.011	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 6.284,99	R\$ -	R\$ 6.284,99	181.886
8	19/07/2024	N. F. 457.732	KALUNGA S.A	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 189,80	R\$ -	R\$ 189,80	182.151
9	19/07/2024	N. F. 457.710	KALUNGA S.A	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 4.967,25	R\$ -	R\$ 4.967,25	182.354
10	19/07/2024	FAT. 1.684	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	LOCAÇÃO DE CILINDROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 40,00	R\$ -	R\$ 40,00	182.504
11	19/07/2024	N. F. 12.342	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 180,00	R\$ -	R\$ 180,00	182.741
12	19/07/2024	N. F. 25.559	DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO)	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 7.990,68	R\$ -	R\$ 7.990,68	108.844
13	19/07/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	108.844
14	22/07/2024	N. F. 473	LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO E ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 359.586,27	R\$ -	R\$ 359.586,27	134.678
15	22/07/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	134.678
16	22/07/2024	EXTRATO	BLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	R\$ -	R\$ 55.000,00	R\$ 55.000,00	0
17	23/07/2024	N. F. 778.459	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 695,87	R\$ -	R\$ 695,87	262.300

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
18	23/07/2024	N. F. 15.909	ALPHA DISTRIBUIDORA DE HEGOENO E DESCARTAVEIS LTDA	AQUISIÇÃO DE DISPENSER / ÁLCOOL / SABONETE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 7.449,85	R\$ -	R\$ 7.449,85	262.925
19	23/07/2024	N.F. 125.714	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.256,81	R\$ -	R\$ 2.256,81	263.290
20	23/07/2024	N.F. 78.467	MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.105,62	R\$ -	R\$ 1.105,62	263.425
21	24/07/2024	N.F. 7.140	PINHATI & ALVES LTDA ME	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 720,00	R\$ -	R\$ 720,00	135.941
22	24/07/2024	N.F. 525.943	CETRO SOLUCOES EM EMBALAGENS LTDA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 5.067,09	R\$ -	R\$ 5.067,09	136.070
23	24/07/2024	N. F. 12.406	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 885,00	R\$ -	R\$ 885,00	136.202
24	24/07/2024	N. F. 150	MAX CLEAN DISTRIBUIDORA LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 3.734,01	R\$ -	R\$ 3.734,01	136.367
25	24/07/2024	N. F. 180.165	FUTURA COMERCIO D EPRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 10.916,00	R\$ -	R\$ 10.916,00	136.544
26	24/07/2024	N. F. 180.180	FUTURA COMERCIO D EPRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 5.268,48	R\$ -	R\$ 5.268,48	136.711
27	24/07/2024	N. F. 20.934	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 15.055,67	R\$ -	R\$ 15.055,67	136.961
28	24/07/2024	N.F. 125.886	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 25.481,68	R\$ -	R\$ 25.481,68	137.259
29	24/07/2024	N.F. 180.183	FUTURA COMERCIO D EPRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.736,15	R\$ -	R\$ 2.736,15	137.460
30	24/07/2024	N.F. 180.164	FUTURA COMERCIO D EPRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 930,00	R\$ -	R\$ 930,00	137.602
31	24/07/2024	N.F. 680.882	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 12.307,41	R\$ -	R\$ 12.307,41	137.802
32	24/07/2024	N.F. 14.917	LINX AUTO POSTO ESQUINA LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 116,78	R\$ -	R\$ 116,78	138.004
33	24/07/2024	N.F. 778.642	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 678,60	R\$ -	R\$ 678,60	139.316
34	24/07/2024	N.F. 681.242	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 3.961,36	R\$ -	R\$ 3.961,36	139.496

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
35	24/07/2024	N.F. 78.555	MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 7.463,64	R\$ -	R\$ 7.463,64	182.357
36	24/07/2024	TERMO RESCISÃO	TELMA DE MOURA BEZERRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.936,57	R\$ -	R\$ 3.936,57	117.976
37	24/07/2024	GUIA	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 217,39	R\$ -	R\$ 217,39	241.418
38	24/07/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	117.976
39	29/07/2024	N.F. 570	MOBIS MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 13.200,00	R\$ -	R\$ 13.200,00	108.680
40	29/07/2024	N.F. 570	MOBIS MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 87,99	R\$ 87,99	108.680
41	29/07/2024	N.F. 570	MOBIS MOVEIS PARA ESCRITORIO LTDA	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 264,00	R\$ 264,00	108.680
42	29/07/2024	N.F. 20.401	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.047,90	R\$ -	R\$ 1.047,90	112.430
43	29/07/2024	N.F. 20.401	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 20,95	R\$ 20,95	112.430
44	29/07/2024	N.F. 20.401	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 1,39	R\$ 1,39	112.430
45	29/07/2024	N.F. 316.928	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 920,62	R\$ -	R\$ 920,62	112.811
46	29/07/2024	N.F. 316.928	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 3,68	R\$ 3,68	112.811
47	29/07/2024	N.F. 316.974	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.153,34	R\$ -	R\$ 1.153,34	113.712
48	29/07/2024	N.F. 316.974	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 3,45	R\$ 3,45	113.712
49	29/07/2024	N.F. 5.858	JS MACHADO COM DIST DE MOVEIS ME	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 3.040,00	R\$ -	R\$ 3.040,00	114.378
50	29/07/2024	N.F. 5.858	JS MACHADO COM DIST DE MOVEIS ME	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 6,07	R\$ 6,07	114.378
51	29/07/2024	N.F. 5.858	JS MACHADO COM DIST DE MOVEIS ME	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 60,80	R\$ 60,80	114.378
52	29/07/2024	N.F. 16.481	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 4.989,00	R\$ -	R\$ 4.989,00	115.979

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
53	29/07/2024	N.F. 16.481	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 99,78	R\$ 99,78	115.979
54	29/07/2024	N.F. 16.481	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 49,38	R\$ 49,38	115.979
55	29/07/2024	N.F. 2	PMP PRODUTOES MEDICOS PAULISTA LTDA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 19.814,00	R\$ -	R\$ 19.814,00	150.838
56	29/07/2024	N.F. 4.687	CPS COMERCIAL DE MAT.EQUIP.MEDICOS IMPOST EXPORT LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.434,00	R\$ -	R\$ 2.434,00	158.679
57	29/07/2024	N.F. 380	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 3.005,00	R\$ -	R\$ 3.005,00	159.325
58	29/07/2024	N.F. 379	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 43.925,00	R\$ -	R\$ 43.925,00	159.816
59	29/07/2024	N.F. 9.583	ADESIVA IMPRESSSOES DE ETIQUETAS E PLACAS IND LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 200,00	R\$ -	R\$ 200,00	160.320
60	29/07/2024	FAT 044	CPS COMERCIAL DE MAT.EQUIP.MEDICOS IMPOST EXPORT LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 600,00	R\$ -	R\$ 600,00	160.980
61	29/07/2024	N.F. 16.460	LABWAY DIAGNOSTICA COMERCIO E REPRESENTACOES EPP	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 3.380,00	R\$ -	R\$ 3.380,00	162.473
62	29/07/2024	N.F. 12.534	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00	R\$ -	R\$ 480,00	163.083
63	29/07/2024	N.F. 3.222	MEDICINALLI PRODUTOS MÉDICO HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.150,00	R\$ -	R\$ 2.150,00	168.333
64	29/07/2024	N.F. 248	VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAL LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 26.715,00	R\$ -	R\$ 26.715,00	354.474
65	29/07/2024	RECIBO 3.703	MEDSYSTEM EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2.400,00	R\$ -	R\$ 2.400,00	355.442
66	29/07/2024	N.F. 189	MRB MOREIRA CHAVEIROS	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 96,00	R\$ -	R\$ 96,00	111.347
67	29/07/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	112.827
68	29/07/2024	N.F. 1	ARGEMIRO ALVES DA SILVA JUNIOR	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 4.391,20	R\$ -	R\$ 4.391,20	111.347
69	29/07/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	112.827
70	07/08/2024	N.F. 12.552	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	228.848

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
71	07/08/2024	N.F. 12.552	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	JUROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 2,50	R\$ 2,50	228.848
72	07/08/2024	N.F. 5.946	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 50,00		R\$ 50,00	229.182
73	07/08/2024	N.F. 5.911	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 111,98		R\$ 111,98	
74	07/08/2024	N.F. 5.877	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	GASOLINA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 166,35		R\$ 166,35	
73	07/08/2024		POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	JUROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 1,32	R\$ 1,32	229.182
74	07/08/2024	N.F. 9.644	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	TREINAMENTO E IMPLANTAÇÃO PLATAFORMA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 658,00		R\$ 658,00	229.579
75	07/08/2024	N.F. 9.644	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	JUROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 0,43	R\$ 0,43	229.579
78	07/08/2024	N.F. 9.644	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	MULTA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 13,16	R\$ 13,16	229.579
79	07/08/2024	N.F. 9.647	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	LOCAÇÃO SISTEMA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 3.290,00		R\$ 3.290,00	229.816
80	07/08/2024	N.F. 9.647	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	JUROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 2,19	R\$ 2,19	229.816
81	07/08/2024	N.F. 9.647	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	MULTA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 65,80	R\$ 65,80	229.816
82	07/08/2024	N.F. 12.596	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	230.087
83	07/08/2024	N.F. 21.736	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.427,44		R\$ 2.427,44	230.604
84	07/08/2024	N.F. 127.228	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.916,92		R\$ 2.916,92	231.304
85	07/08/2024	N.F. 556.141	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.194,08		R\$ 1.194,08	231.436
86	07/08/2024	N.F. 556.180	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.849,64		R\$ 2.849,64	231.661
87	07/08/2024	N.F. 688.171	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 6.823,16		R\$ 6.823,16	231.901
88	07/08/2024	N.F. 557.553	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.217,50		R\$ 1.217,50	232.124

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
89	07/08/2024	N.F. 12.500	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.920,00		R\$ 1.920,00	232.426
90	07/08/2024	FAT. 1.738	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	LOCAÇÃO CILINDROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 120,00		R\$ 120,00	232.426
90	07/08/2024	N.F. 182.336	FUTURA COMERCIO D EPRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 488,95		R\$ 488,95	232.649
91	07/08/2024	N.F. 12.684	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 960,00		R\$ 960,00	237.481
92	07/08/2024	N.F. 174	DROGARIA NOVA SOLLARE ME	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 158,20		R\$ 158,20	237.736
94	07/08/2024	N.F. 12.619	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 960,00		R\$ 960,00	238.163
95	07/08/2024	N.F. 103.757	DROGARIA NOVA SOLLARE ME	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 779,50		R\$ 779,50	238.322
96	07/08/2024	N.F. 103.756	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 597,00		R\$ 597,00	238.504
97	07/08/2024		ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	238.659
98	07/08/2024	N.F. 1.475	CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 324,20		R\$ 324,20	238.911
99	07/08/2024	N.F. 781.229	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 666,25		R\$ 666,25	239.667
100	07/08/2024	N.F. 127.243	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 749,02		R\$ 749,02	240.414
101	07/08/2024	HOLERITE	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.129,41		R\$ 2.129,41	134.976
102	07/08/2024	HOLERITE	RAFAELA PORTO DA COSTA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.331,18		R\$ 2.331,18	134.985
103	07/08/2024	HOLERITE	ALINE GARCIA ANGIOLETTA ALVES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.099,60		R\$ 3.099,60	135.018
104	07/08/2024	HOLERITE	ANA MARIA COELHO ROMAO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.079,63		R\$ 3.079,63	135.019
105	07/08/2024	HOLERITE	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.399,66		R\$ 4.399,66	138.471
106	07/08/2024	HOLERITE	ANA PAULA ALVES DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.473
107	07/08/2024	HOLERITE	EDILENA DIOGO RIBEIRO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.099,54		R\$ 3.099,54	138.477
108	07/08/2024	HOLERITE	VANDERLI SOARES DA CRUZ	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.011,86		R\$ 4.011,86	138.478
109	07/08/2024	HOLERITE	MARLENE LOPES COSTA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.076,96		R\$ 3.076,96	138.479

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
110	07/08/2024	HOLERITE	CONCEIÇÃO DA SILVA MARTINS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.607,62		R\$ 3.607,62	138.480
111	07/08/2024	HOLERITE	MARIA QUINO DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.020,91		R\$ 3.020,91	138.481
112	07/08/2024	HOLERITE	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 899,90		R\$ 899,90	138.482
113	07/08/2024	HOLERITE	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.483
114	07/08/2024	HOLERITE	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.656,08		R\$ 2.656,08	138.489
115	07/08/2024	HOLERITE	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.992,23		R\$ 3.992,23	138.490
116	07/08/2024	HOLERITE	ANGELA MARIA CANDIDO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.492
117	07/08/2024	HOLERITE	LUCIANA APARECIDA MACANHÃO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.411,09		R\$ 2.411,09	138.494
118	07/08/2024	HOLERITE	DELFRAN JOSE DE SANTANA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.495
119	07/08/2024	HOLERITE	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.779,67		R\$ 1.779,67	138.496
120	07/08/2024	HOLERITE	FABIULA DE JESUS SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.506
121	07/08/2024	HOLERITE	DEISE FERREIRA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.479,88		R\$ 2.479,88	138.508
122	07/08/2024	HOLERITE	JAKSON DA SILVA LOVATO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.800,23		R\$ 1.800,23	138.509
123	07/08/2024	HOLERITE	GABRIELE MARQUES SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.510
124	07/08/2024	HOLERITE	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 5.238,47		R\$ 5.238,47	138.511
125	07/08/2024	HOLERITE	JANAINA FERNANDES LISBOA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.512
126	07/08/2024	HOLERITE	BIANCA SOUZA MESSIAS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.298,16		R\$ 1.298,16	138.515
127	07/08/2024	HOLERITE	JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.522,68		R\$ 1.522,68	138.517
128	07/08/2024	HOLERITE	GABRIELA FALAVINHA M. LIMA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.080,72		R\$ 3.080,72	138.519
129	07/08/2024	HOLERITE	GEANA APARECIDA MOREIRA CONT.	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.607,62		R\$ 3.607,62	138.521
130	07/08/2024	HOLERITE	SHIRLEY DOS SANTOS MELO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.627,32		R\$ 2.627,32	138.556
131	07/08/2024	HOLERITE	FABIANA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.087,34		R\$ 3.087,34	138.558
132	07/08/2024	HOLERITE	MARLANDIA DE MATOS GOMES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.559
133	07/08/2024	HOLERITE	SUZANA GONÇALVES FERREIRA MOURA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.438,00		R\$ 3.438,00	138.563
134	07/08/2024	HOLERITE	CRISTIANE REGINA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.086,06		R\$ 3.086,06	138.565

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
135	07/08/2024	HOLERITE	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.809,72		R\$ 1.809,72	138.571
136	07/08/2024	HOLERITE	SILVANIA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.079,33		R\$ 3.079,33	138.572
137	07/08/2024	HOLERITE	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.752,04		R\$ 1.752,04	138.575
138	07/08/2024	HOLERITE	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.522,68		R\$ 1.522,68	138.576
139	07/08/2024	HOLERITE	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.141,17		R\$ 2.141,17	138.577
140	07/08/2024	HOLERITE	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.607,62		R\$ 3.607,62	138.578
141	07/08/2024	HOLERITE	DEISIANE MACIAL TELES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.025,44		R\$ 2.025,44	138.579
142	07/08/2024	HOLERITE	MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.332,17		R\$ 2.332,17	138.580
143	07/08/2024	HOLERITE	MONALIZA CALISTO LIMA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 740,85		R\$ 740,85	138.581
144	07/08/2024	HOLERITE	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.989,59		R\$ 2.989,59	138.589
145	07/08/2024	HOLERITE	SHEILA SOARES ANDRADE	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.076,83		R\$ 3.076,83	138.591
146	07/08/2024	HOLERITE	JESSICA MAYARA KAIP	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.006,53		R\$ 4.006,53	138.598
147	07/08/2024	HOLERITE	DIENE AGUEDA DA N. NOGUEIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.762,32		R\$ 2.762,32	138.603
148	07/08/2024	HOLERITE	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.870,67		R\$ 1.870,67	138.611
149	07/08/2024	HOLERITE	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.875,63		R\$ 1.875,63	138.613
150	07/08/2024	HOLERITE	EDUARDO HUMBERTO CAMARGO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.719,66		R\$ 2.719,66	138.614
151	07/08/2024	HOLERITE	KEITH FERREIRA DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.221,05		R\$ 2.221,05	138.615
152	07/08/2024	HOLERITE	SILVIA DE SOUZA YASEN	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.522,68		R\$ 1.522,68	138.617
153	07/08/2024	HOLERITE	LEIDIANE LOPES BARROSO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.141,17		R\$ 2.141,17	138.625
154	07/08/2024	HOLERITE	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.082,75		R\$ 3.082,75	138.627
155	07/08/2024	HOLERITE	EMILLY FERREIRA JORGE	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.685,27		R\$ 2.685,27	138.628
156	07/08/2024	HOLERITE	LUCIANA CAMARGO DA CONCEIÇÃO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.607,62		R\$ 3.607,62	138.632
157	07/08/2024	HOLERITE	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.075,65		R\$ 3.075,65	138.633
158	07/08/2024	HOLERITE	MARIANA DE LURDES ALBINO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.932,18		R\$ 1.932,18	138.634
159	07/08/2024	HOLERITE	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.656,08		R\$ 2.656,08	138.635

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
160	07/08/2024	HOLERITE	MARILANDY LIMEIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.578,21		R\$ 4.578,21	138.636
161	07/08/2024	HOLERITE	JOYCE ROBERTA LEAO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.904,28		R\$ 1.904,28	138.638
162	07/08/2024	HOLERITE	EDINEIA DIOGO CAINELI	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.064,47		R\$ 4.064,47	138.640
163	07/08/2024	HOLERITE	BRUNA FERREIRA GINEFRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.155,87		R\$ 4.155,87	138.645
164	07/08/2024	HOLERITE	RICARDO DA SILVEIRA ROSA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.932,18		R\$ 1.932,18	138.646
165	07/08/2024	HOLERITE	LEILIANE VIEIRA SOARES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.129,90		R\$ 2.129,90	138.647
166	07/08/2024	HOLERITE	ROSANA APARECIDA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.413,46		R\$ 1.413,46	138.648
167	07/08/2024	HOLERITE	MARINA APARECIDA BATISTA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.779,67		R\$ 1.779,67	138.649
168	07/08/2024	HOLERITE	DANIELE BARROS DIAS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 463,03		R\$ 463,03	138.650
169	07/08/2024	HOLERITE	LUIZ CARLOS DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.447,72		R\$ 2.447,72	138.651
170	07/08/2024	HOLERITE	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA.	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.138,90		R\$ 3.138,90	138.654
171	07/08/2024	HOLERITE	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.538,85		R\$ 1.538,85	138.659
172	07/08/2024	HOLERITE	SARAH VITÓRIA MATOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.114,18		R\$ 2.114,18	138.660
173	07/08/2024	HOLERITE	NICOLE DA CRUZ LOPES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.475,89		R\$ 4.475,89	138.666
174	07/08/2024	HOLERITE	GEOVANIA ROSA DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.627,27		R\$ 1.627,27	138.672
175	07/08/2024	HOLERITE	LAIS DOS SANTOS CHAVES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.086,73		R\$ 3.086,73	138.674
176	07/08/2024	HOLERITE	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.070,16		R\$ 3.070,16	138.675
177	07/08/2024	HOLERITE	PAULA SILVA TORRES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.322,70		R\$ 2.322,70	138.679
178	07/08/2024	HOLERITE	NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	138.681
179	07/08/2024	HOLERITE	SUZIELE DA SILVA ROCHA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.125,98		R\$ 3.125,98	138.682
180	07/08/2024	HOLERITE	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.055,80		R\$ 3.055,80	138.683
181	07/08/2024	HOLERITE	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.758,21		R\$ 4.758,21	138.684
182	07/08/2024	HOLERITE	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.436,71		R\$ 2.436,71	138.687
183	07/08/2024	HOLERITE	JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.479,88		R\$ 2.479,88	138.688
184	07/08/2024	HOLERITE	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.730,72		R\$ 2.730,72	716.540

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
185	07/08/2024	HOLERITE	GLAUCIA CONCEIÇÃO PEREIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.875,63		R\$ 1.875,63	716.550
186	07/08/2024	HOLERITE	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.093,27		R\$ 3.093,27	716.560
187	07/08/2024	HOLERITE	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.017,40		R\$ 4.017,40	716.560
188	07/08/2024	HOLERITE	MARIA FELICIANO DE ANDRADE S.	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.326,15		R\$ 2.326,15	716.580
189	07/08/2024	HOLERITE	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.448,60		R\$ 2.448,60	716.580
190	07/08/2024	HOLERITE	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.607,62		R\$ 3.607,62	716.580
191	07/08/2024	HOLERITE	RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.656,08		R\$ 2.656,08	716.590
192	07/08/2024	HOLERITE	ROSANGELA DE FRANÇA COUTINHO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.918,39		R\$ 4.918,39	716.590
193	07/08/2024	HOLERITE	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.907,41		R\$ 1.907,41	718.010
194	07/08/2024	HOLERITE	RUTIERI ROCHA DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.479,88		R\$ 2.479,88	718.020
195	07/08/2024	HOLERITE	MIDIAN XAVIER MAGALHAES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.036,35		R\$ 4.036,35	718.020
196	07/08/2024	HOLERITE	IDIRLEI FERNANDO DE MELO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.828,97		R\$ 2.828,97	718.020
197	07/08/2024	EXTRATO		BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	R\$ 401.991,57		R\$ 401.991,57	0
197	08/08/2024	N.F. 15.043	ANTONIO DE OLIVEIRA PAPELARIA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 1.062,50		R\$ 1.062,50	857.940
198	08/08/2024	N.F. 15.043	ANTONIO DE OLIVEIRA PAPELARIA	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 21,25	R\$ 21,25	857.940
199	08/08/2024	N.F. 15.043	ANTONIO DE OLIVEIRA PAPELARIA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 7,44	R\$ 7,44	857.940
201	08/08/2024	N.F. 12.464	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	180.682
202	08/08/2024	N.F. 12.464	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ -	R\$ 3,75	R\$ 3,75	180.682
203	08/08/2024	N.F. 1.689	KAUPLAST COMÉRCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO LTDA	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 77,80		R\$ 77,80	278.249
204	08/08/2024	N.F. 91	PROSPERER LTDA	AUDITÓRIA EXTERNA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	112.240
205	08/08/2024	N.F. 235	TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA.	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 4.000,00		R\$ 4.000,00	112.303
206	08/08/2024	N.F. 36	NUMERA ASSESSORIA CONTABIL	SERVIÇOS DE CONTABILIDADE	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 8.000,00		R\$ 8.000,00	112.392
207	08/08/2024	N.F. 815	LOUVPAR COM. DE PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 173,40		R\$ 173,40	112.490
208	08/08/2024	N.F. 2	ARGEMIRO ALVES DA SILVA JUNIOR	PAGAMENTO DE SALÁRIO PJ	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.391,20		R\$ 4.391,20	112.568

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
209	08/08/2024	N.F. 202	GESTARE SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITÓRIO LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	CORPORATIVOS	R\$ 32.000,00		R\$ 32.000,00	112.761
210	08/08/2024	N.F. 1	MARCOS HENRIQUE SALAZAR CARSTEN SERVIÇOS ADM	PAGAMENTO DE SALÁRIO PJ	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.500,00		R\$ 6.500,00	112.851
211	08/08/2024	N.F. 4.702	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 1.305,70		R\$ 1.305,70	113.029
212	08/08/2024	RECIBO 92	GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12.000,00		R\$ 12.000,00	129.155
213	08/08/2024	FAT. 954	TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA	SERVIÇOS DE LAVANDERIA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 9.000,42		R\$ 9.000,42	129.322
214	08/08/2024	N.F. 46	ELAINE R DE OLIVEIRA NEGOCIOS	SERVIÇOS DE LIMPEZA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 49.500,00		R\$ 49.500,00	129.514
215	08/08/2024	N.F. 940	EDNALDO NOGUEIRA SANTANA	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 42.801,29		R\$ 42.801,29	129.612
216	08/08/2024	N.F. 10	LUCIANO NOCODEMI JUNIOR	PAGAMENTO DE SALÁRIO PJ	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2.000,00		R\$ 2.000,00	129.688
217	08/08/2024	N.F. 18	GILENE FERNANDES DE SOUSA	FRETES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 9.754,00		R\$ 9.754,00	129.798
218	08/08/2024	HOLERITE	AMANDA LEITE MACHADO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.014,08		R\$ 3.014,08	129.869
219	08/08/2024	HOLERITE	ANA CLEIA ALVES DA SILVA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.091,01		R\$ 3.091,01	129.949
220	08/08/2024	HOLERITE	SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 806,11		R\$ 806,11	130.027
221	08/08/2024	HOLERITE	BRUNA MENDES DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.747,54		R\$ 1.747,54	130.108
222	08/08/2024	HOLERITE	RAMON BARBOSA NASCIMENTO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.052,98		R\$ 3.052,98	130.196
223	08/08/2024	HOLERITE	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CAR	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.010,17		R\$ 4.010,17	130.271
224	08/08/2024	HOLERITE	BIANCA DE FREITAS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.369,68		R\$ 2.369,68	130.446
225	08/08/2024	HOLERITE	RITA CAETANO DA S. SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.417,24		R\$ 2.417,24	130.509
226	08/08/2024	HOLERITE	GLAUCIA CONCEIÇÃO PEREIRA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.204,45		R\$ 1.204,45	130.604
227	08/08/2024	HOLERITE	DANIELE BARROS DIAS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.267,69		R\$ 2.267,69	130.669
228	08/08/2024	HOLERITE	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.496,34		R\$ 2.496,34	130.776
229	08/08/2024	HOLERITE	ANDREA DOS SANTOS	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 185,22		R\$ 185,22	130.965
230	08/08/2024	HOLERITE	MARIA APARECIDA CAMURCI P.	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 642,79		R\$ 642,79	131.048
231	08/08/2024	HOLERITE	DANIELA DA SILVA BARBOSA	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 463,03		R\$ 463,03	815.460
232	08/08/2024	FATURA	PMP PRODUTOES MEDICOS PAULISTA LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 28.666,60		R\$ 28.666,60	815.520
233	09/08/2024	EXTRATO		BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	R\$ 25.244,41		R\$ 25.244,41	0

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
233	09/08/2024	N.F. 25.445	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 370,00		R\$ 370,00	130.284
234	09/08/2024	N.F. 25.445	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	JUROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ -	R\$ 1,56	R\$ 1,56	130.284
235	09/08/2024	N.F. 20.642	BMG DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA EPP	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.939,30		R\$ 1.939,30	135.232
237	09/08/2024	N.F. 12.713	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 960,00		R\$ 960,00	137.282
238	09/08/2024	N.F. 6.148	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 103,52		R\$ 103,52	139.219
239	09/08/2024	N.F. 6.078	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 100,00		R\$ 100,00	139.219
240	09/08/2024	N.F. 6.031	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	GASOLINA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 231,42		R\$ 231,42	139.219
241	09/08/2024	N.F. 6.007	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	GASOLINA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 253,25		R\$ 253,25	139.219
239	09/08/2024	N.F. 30	EDJALMA CAMPOS DA SILVA	SERVIÇOS MANUTENÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 193,00		R\$ 193,00	123.046
240	09/08/2024	N.F. 126	FERNANDO LEITE DE ARAÚJO FILHO PAPELARIA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 126,00		R\$ 126,00	123.210
241	09/08/2024	TERMO RESCISÃO	SHIRLEY DOS SANTOS MELO	RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 4.442,93		R\$ 4.442,93	123.522
245	09/08/2024	GUIA FGTS	SHIRLEY DOS SANTOS MELO	FGTS RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 136,24		R\$ 136,24	911.480
246	12/08/2024	N.F. 12.588	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	454.711
247	12/08/2024	N.F. 3.235	MEDICINALLI PRODUTOS MÉDICO HOSPITALARES LTDA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 2.180,00		R\$ 2.180,00	455.438
248	12/08/2024	N.F. 66.264	MEDMASTER COMERCIAL LTDA EPP	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 287,88		R\$ 287,88	455.944
249	12/08/2024	N.F. 318.122	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.416,71		R\$ 1.416,71	459.410
250	12/08/2024	N.F. 13	FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E PORTARIA LTDA ME	SERVIÇOS DE SEGURANÇA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 40.940,00		R\$ 40.940,00	136.447
251	14/08/2024	COMPROVANTE	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 310,00		R\$ 310,00	134.079
252	14/08/2024	COMPROVANTE	CONCEIÇÃO DA SILVA MARTINS	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 310,00		R\$ 310,00	134.127
253	14/08/2024	COMPROVANTE	MIDIAN XAVIER MAGALHAES	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 620,00		R\$ 620,00	134.167
254	14/08/2024	COMPROVANTE	DIENE AGUEDA DA N. NOGUEIRA	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 310,00		R\$ 310,00	134.215

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
255	14/08/2024	COMPROVANTE	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA.	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 310,00		R\$ 310,00	134.253
256	14/08/2024	COMPROVANTE	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES B.	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 620,00		R\$ 620,00	141.656
257	14/08/2024	COMPROVANTE	LUCIANA APARECIDA MACANHÃO	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 310,00		R\$ 310,00	141.656
258	14/08/2024	COMPROVANTE	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	BENEFÍCIOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 310,00		R\$ 310,00	141.656
259	16/08/2024	N.F. 248	VITAL MEDIC REPRESENTACOES COMERCIAL LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 26.715,00		R\$ 26.715,00	686.540
260	16/08/2024	N.F. 380	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 3.005,00		R\$ 3.005,00	689.420
261	16/08/2024	N.F. 380	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 4,00	R\$ 4,00	689.420
262	16/08/2024	N.F. 380	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 60,10	R\$ 60,10	689.420
263	16/08/2024	N.F. 379	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAS PERMANENTES	R\$ 43.925,00		R\$ 43.925,00	692.090
264	16/08/2024	N.F. 379	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 58,55	R\$ 58,55	692.090
265	16/08/2024	N.F. 379	FRANCO MOVEIS PARA ESCRITRIO LTDA	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 878,50	R\$ 878,50	692.090
266	16/08/2024	N.F. 12.738	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	210.666
267	16/08/2024	N.F. 694.020	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 682,03		R\$ 682,03	210.857
268	16/08/2024	FAT. 1.790	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	LOCAÇÃO DE CILINDROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 810,00		R\$ 810,00	210.989
269	16/08/2024	N.F. 15.034	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 28.804,80		R\$ 28.804,80	211.168
270	16/08/2024	TERMO RESCISÃO	JACKSON DA SILVA LOVATO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 592,51		R\$ 592,51	106.966
271	16/08/2024	N.F. 1	FC SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.500,00		R\$ 3.500,00	107.662
272	16/08/2024	N.F. 3	BRUCTOR MEDICOS E ODONTOLOGICOS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.627,80		R\$ 2.627,80	107.864
273	16/08/2024	N.F. 174	KARINA EORENDJIAN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 700,00		R\$ 700,00	108.008
274	16/08/2024	N.F. 1	DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.400,00		R\$ 1.400,00	108.102

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
275	16/08/2024	N.F. 1	LARISSA GALVÃO ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.400,00		R\$ 1.400,00	108.177
276	16/08/2024	N.F. 2	FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 700,00		R\$ 700,00	108.262
277	16/08/2024	N.F. 478	LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICOS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 336.170,70		R\$ 336.170,70	108.378
278	16/08/2024	TERMO RESCISÃO	LUCIANA APARECIDA MACANHÃO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.161,59		R\$ 1.161,59	131.409
279	21/08/2024	FAT. 5.238	MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIP. HOSPITALARES LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 4.290,00		R\$ 4.290,00	855.710
280	21/08/2024	FAT. 5.238	MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIP. HOSPITALARES LTDA	JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 4,29	R\$ 4,29	855.710
281	21/08/2024	FAT. 5.238	MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIP. HOSPITALARES LTDA	MULTA	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS		R\$ 85,80	R\$ 85,80	855.710
282	21/08/2024	N.F. 15.065	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE TRANSPORTE	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.200,33		R\$ 2.200,33	971.680
283	21/08/2024	N.F. 12.795	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	972.790
284	21/08/2024	RECIBO 35.240	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 20.400,00		R\$ 20.400,00	973.960
285	21/08/2024	N.F. 16.694	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 4.989,00		R\$ 4.989,00	975.390
286	21/08/2024	N.F. 932	SIMICLEAN - SIMONE CORDEIRO MORENO ME	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 1.372,19		R\$ 1.372,19	976.760
287	21/08/2024	N.F. 1.850	M.P ETIQUETAS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 315,00		R\$ 315,00	111.513
288	21/08/2024	N.F. 489	LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 355.750,00		R\$ 355.750,00	113.212
289	21/08/2024	TERMO RESCISÃO	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.195,51		R\$ 2.195,51	113.247
290	21/08/2024	N.F. 129	FERNANDO LEITE DE ARAÚJO FILHO PAPELARIA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 70,00		R\$ 70,00	113.355
291	21/08/2024	N.F. 770	MERCADO SOARES MARTINS LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 212,40		R\$ 212,40	113.621
292	21/08/2024	TERMO RESCISÃO	BRUNA FERREIRA GINEFRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.181,42		R\$ 2.181,42	113.672
293	21/08/2024	TERMO RESCISÃO	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.824,51		R\$ 1.824,51	113.862
294	21/08/2024	TERMO RESCISÃO	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.031,42		R\$ 2.031,42	113.935

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
295	21/08/2024	TERMO RESCISÃO	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 540,23		R\$ 540,23	113.994
296	21/08/2024	TERMO RESCISÃO	DIENE AGUEDA DA N. NOGUEIRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.319,86		R\$ 2.319,86	114.041
297	21/08/2024	RELAÇÃO	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 82,08		R\$ 82,08	114.106
298	21/08/2024	RELAÇÃO	GEANA APARECIDA MOREIRA CONT	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 396,81		R\$ 396,81	114.160
299	21/08/2024	RELAÇÃO	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 320,33		R\$ 320,33	114.229
300	21/08/2024	RELAÇÃO	VANDERLI SOARES DA CRUZ	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 620,00		R\$ 620,00	114.283
301	21/08/2024	RELAÇÃO	PAULA SILVA TORRES	PAGAMENTO DE SALÁRIO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 55,00		R\$ 55,00	114.351
302	21/08/2024	N.F. 25.841	DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO)	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 6.405,62		R\$ 6.405,62	126.183
303	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	111.513
304	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.212
305	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.247
306	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.355
307	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.621
308	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.672
309	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.862
310	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.935
311	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	113.994
312	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	114.041
313	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	114.106

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
314	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	114.160
315	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	114.229
316	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	114.283
317	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	114.351
318	21/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	126.183
319	22/08/2024	N.F. 559.988	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.328,80		R\$ 2.328,80	891.820
320	22/08/2024	N.F. 104.095	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 252,70		R\$ 252,70	894.390
321	22/08/2024	N.F. 104.093	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 149,50		R\$ 149,50	901.540
322	22/08/2024	N.F. 140.436	MEDICATUS FARMACIA MANIPUAÇÃO LTDA ME	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 45,00		R\$ 45,00	905.970
323	22/08/2024	N.F. 6.613	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 100,00		R\$ 100,00	907.430
324	22/08/2024	N.F. 104.189	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 298,50		R\$ 298,50	909.410
325	22/08/2024	N.F. 104.188	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 127,00		R\$ 127,00	910.740
326	22/08/2024	N.F. 4.371	DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME	SERVIÇOS DE MEDICINA DO TRABALHO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.815,50		R\$ 2.815,50	918.180
327	22/08/2024	N.F. 104.094	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 490,80		R\$ 490,80	923.070
328	22/08/2024	N.F. 12.840	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	927.380
329	22/08/2024	N.F. 12.767	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	OXIGÊNIO	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 535,00		R\$ 535,00	930.640
330	22/08/2024	TERMO RESCISÃO	GABRIELE MARQUES SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.685,12		R\$ 1.685,12	111.373
331	22/08/2024	TERMO RESCISÃO	KEITH FERREIRA DOS SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.422,60		R\$ 1.422,60	111.436
332	22/08/2024	N.F. 559.937	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.062,48		R\$ 2.062,48	111.488

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
333	22/08/2024	TERMO RESCISÃO	SUZIELE DA SILVA ROCHA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.988,46		R\$ 1.988,46	111.663
334	22/08/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 26.286,48		R\$ 26.286,48	127.527
335	22/08/2024	GUIA INSS	INSS	INSS FOLHA	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 29.650,56		R\$ 29.650,56	127.585
336	22/08/2024	DARF	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PRESTAÇÃO SERVIÇO MÉDICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 20.222,86		R\$ 20.222,86	127.627
337	22/08/2024	DARF	IRRF NOTA	PRESTAÇÃO SERVIÇO MÉDICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.523,50		R\$ 6.523,50	127.663
338	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	111.373
339	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	111.436
340	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	111.488
341	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	111.663
342	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	127.527
343	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	127.585
344	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	127.627
345	22/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	127.663
346	23/08/2024	N.F. 1.805.915	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 115,30		R\$ 115,30	105.903
347	23/08/2024	N.F. 104.221	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 522,00		R\$ 522,00	106.032
348	23/08/2024	N.F. 185.062	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.291,36		R\$ 1.291,36	106.186
349	23/08/2024	N.F. 22.668	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.634,00		R\$ 1.634,00	106.483
350	23/08/2024	N.F. 784.353	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 3.373,22		R\$ 3.373,22	106.615
351	23/08/2024	N.F. 696.526	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.221,26		R\$ 2.221,26	106.739

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
352	23/08/2024	FAT. 55	CPS COMERCIAL DE MAT.EQUIP.MEDICOS IMPOST EXPORT LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 600,00		R\$ 600,00	106.888
353	23/08/2024	N.F. 696.908	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 2.050,37		R\$ 2.050,37	107.062
354	23/08/2024	N.F. 104.314	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 358,20		R\$ 358,20	107.195
355	23/08/2024	N.F. 104.313	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 612,40		R\$ 612,40	107.312
356	23/08/2024	N.F. 16.766	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 4.180,00		R\$ 4.180,00	107.414
357	23/08/2024	N.F. 318.781	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.244,25		R\$ 1.244,25	107.538
358	23/08/2024	N.F. 185.077	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.080,24		R\$ 1.080,24	108.058
359	23/08/2024	N.F. 128.890	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 6.276,16		R\$ 6.276,16	108.328
360	23/08/2024	N.F. 128.958	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 386,74		R\$ 386,74	108.570
361	23/08/2024	N.F. 185.151	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 3.965,57		R\$ 3.965,57	109.044
362	23/08/2024	N.F. 12.923	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAI E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.605,00		R\$ 1.605,00	109.489
363	23/08/2024	TERMO RESCISÃO	NICOLE DA CRUZ LOPES	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.263,77		R\$ 2.263,77	112.706
364	23/08/2024	TERMO RESCISÃO	CRISTIANE REGINA DA SILVA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.016,02		R\$ 2.016,02	112.801
365	23/08/2024	TERMO RESCISÃO	FABIANA DA SILVA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.043,55		R\$ 2.043,55	112.853
366	23/08/2024	TERMO RESCISÃO	LAIS DOS SANTOS CHAVES	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.062,47		R\$ 2.062,47	122.993
367	23/08/2024	TERMO RESCISÃO	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.166,41		R\$ 1.166,41	231.120
368	23/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	112.706
369	23/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	112.801
370	23/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	112.853

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Federal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
371	23/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	122.993
372	27/08/2024	N.F. 62.777	DAMARI COMERCIO PARA MANUTENÇÃO LTDA	MATERIAL DE EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 82,50		R\$ 82,50	124.952
373	27/08/2024	N.F. 708	WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP	SERVIÇOS DE LABORATÓRIO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 9.619,10		R\$ 9.619,10	125.022
374	27/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	124.952
375	27/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	125.022
376	29/08/2024	N.F. 3.723	P.A HIDRAULICA EIRELI	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 35,90		R\$ 35,90	130.999
377	29/08/2024	EXTRATO	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	130.999
MÊS					TOTAL DE DESPESAS			R\$ 2.719.503,08	
					DESPESAS - RECURSO FEDERAL			R\$ 2.662.694,95	
					DESPESAS - RECURSOS PRÓPRIOS			R\$ 56.808,13	



Prefeitura Municipal de Garça

Departamento de Rendas

Praça Hilmar Machado de Oliveira, 102 - Centro - Garça

CNPJ: 44.518.371/0001-35



CERTIDÃO NEGATIVA

DO MOBILIÁRIO

Código

002435823

Data Abertura

07/07/2023

Situação

01 - Ativo

Razão Social

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Nome Fantasia

CPF/CNPJ

45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal

2435823

Logradouro

Rua DR ORLANDO THIAGO SANTOS

Bairro

WILLIAMS

Cidade

Número

50

Cep

17402064

UF

Complemento

Atividade

Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

CERTIFICO, para os devidos fins, a pedido via internet, que o Cadastro Mobiliario acima descrito, encontra-se quite com o Erário Municipal, até a presente data. ATENÇÃO: Fica ressalvado o direito da Fazenda Municipal de exigir o recolhimento de débitos, tributários ou não, constituído anteriormente a esta data mesmo durante a vigência desse prazo.

Emitida às 11:25:35 do dia 14/08/2024

Válida até 10/02/2025

Código de Controle da Certidão/Número 6137B344B5B69448

Certidão emitida gratuitamente.

Atenção qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Prefeitura Municipal de Garça

Departamento de Rendas

Praça Hilmar Machado de Oliveira, 102 - Centro - Garça

CNPJ: 44.518.371/0001-35



CERTIDÃO NEGATIVA

DO MOBILIÁRIO

Código

002435823

Data Abertura

07/07/2023

Situação

01 - Ativo

Razão Social

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Nome Fantasia

CPF/CNPJ

45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal

2435823

Logradouro

Rua DR ORLANDO THIAGO SANTOS

Bairro

WILLIAMS

Cidade

Número

50

Cep

17402064

UF

Complemento

Atividade

Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências

CERTIFICO, para os devidos fins, a pedido via internet, que o Cadastro Mobiliario acima descrito, encontra-se quite com o Erário Municipal, até a presente data. ATENÇÃO: Fica ressalvado o direito da Fazenda Municipal de exigir o recolhimento de débitos, tributários ou não, constituído anteriormente a esta data mesmo durante a vigência desse prazo.

Emitida às 11:25:35 do dia 14/08/2024

Válida até 10/02/2025

Código de Controle da Certidão/Número 6137B344B5B69448

Certidão emitida gratuitamente.

Atenção qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 45.349.461/0001-02
Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço: R DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 / WILLIAMS / GARÇA / SP / 17402-064

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.

Emitido em atendimento a determinação judicial.

Validade: 11/09/2024 a 10/10/2024

Certificação Número: 2024091108565398751793

Informação obtida em 15/09/2024 14:34:49

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS COM EFEITO DE NEGATIVA

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Certidão nº: 55777515/2024

Expedição: 14/08/2024, às 11:29:01

Validade: 10/02/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **45.349.461/0001-02**, **CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas em face do inadimplemento de obrigações estabelecidas no(s) processo(s) abaixo, com débito garantido ou exigibilidade suspensa:

1000721-59.2021.5.02.0052 - TRT 02ª Região ** (52ª VARA DO TRABALHO DE SÃO PAULO)

1000388-13.2017.5.02.0064 - TRT 02ª Região * (64ª VARA DO TRABALHO DE SÃO PAULO)

1000306-03.2017.5.02.0251 - TRT 02ª Região ** (1ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000183-65.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região * (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000247-75.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região ** (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000507-89.2017.5.02.0252 - TRT 02ª Região * (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000624-46.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região * (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000924-08.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região ** (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000075-93.2019.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000096-74.2016.5.02.0254 - TRT 02ª Região * (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000314-97.2019.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000580-21.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000749-76.2016.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

1000900-71.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
 1000947-45.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
 1000962-14.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
 1000980-35.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
 1001002-27.2017.5.02.0255 - TRT 02ª Região ** (5ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
 0010775-67.2017.5.15.0024 - TRT 15ª Região * (1ª VARA DO TRABALHO DE JAÚ)
 0011441-68.2017.5.15.0024 - TRT 15ª Região * (1ª VARA DO TRABALHO DE JAÚ)
 0010797-75.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0011109-51.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0011198-74.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0011208-21.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0011386-67.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0010243-09.2018.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0010064-41.2019.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0011891-87.2019.5.15.0073 - TRT 15ª Região ** (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
 0010275-31.2021.5.15.0098 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE GARÇA)

* Débito garantido por depósito, bloqueio de numerário ou penhora de bens suficientes.

** Débito com exigibilidade suspensa.

Total de processos: 29.

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

Internet (<http://www.tst.jus.br>).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

A Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas, com os mesmos efeitos da negativa (art. 642-A, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho), atesta a existência de registro do CPF ou do CNPJ da pessoa sobre quem versa a certidão no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas, cujos débitos estejam com exigibilidade suspensa ou garantidos por depósito, bloqueio de numerário, penhora de bens suficientes ou, ainda, tenha sido deferida, no caso de empresa, a sua recuperação judicial, de acordo com a Lei 11.101/2005.



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

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. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

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 15:58:04 do dia 14/08/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 10/02/2025.

Código de controle da certidão: **A8DD.DCA1.69BA.80D7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.