AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Junho 2021

1/2

Convênio nº 00004/2021

Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

AHBB | REDE SANTA CASA

ANEXO

REPASSES AO TERCEIRO SETOR

DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - AUXÍLIOS / SUBVENÇÕES / CONTRIBUIÇÕES

ÓRGÃO CONCESSOR: GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
TIPO DE CONCESSÃO: (1)
OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO: O presente CONVÊNIO tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência á saude, prestados aos usuários do SUS na região, mediante a transferência de recursos financeiros para ocorrer despesas com CUSTEIO, para aquisição de materiais, medicamentos e materiais de consumo, contratação de pessol, benefícios e encargos para Gerenciamento 10 (dez) Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto Tipo II do Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis, conforme Plano de Trabalho.
EXERCÍCIO: 2021
ENTIDADE CONVENIADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO e CEP: RUA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JD ARIANO - LINS/SP CEP.: 16400-400
RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO
VALOR TOTAL RECEBIDO: R$ 322.397,75 (Trezentos e vinte e dois Mil, trezentos e noventa e sete e setenta e cinco centavos)
ORIGEM DOS RECURSOS (1): Estadual

DEMONSTRATIVO DOS REPASSES PUBLICOS RECEBIDOS					
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R$)	
07/06/2021	R$ 322.397,75	07/06/2021	Transf. Bancária	R$	322.397,75
			RECEITA COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	R$	-
			SALDO MÊS ANTERIOR	R$	746.229,42
			TOTAL	R$	1.068.627,17
			RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS PELA ENTIDADE	R$	39.888,25

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS REALIZADAS				
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	ORIGEM RECURSO	VALOR APLICADO R$	
MANUTENÇÃO/CUSTEIO	01/06/2021 a 30/06/2021	MUNICIPAL	**R$**	**322.397,75**
MANUTENÇÃO/CUSTEIO		PRÓPRIO	**R$**	-
		TOTAL DAS DESPESAS	**R$**	**406.017,33**
		RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO	**R$**	**702.498,09**
		VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO CONCESSOR	**R$**	-
		VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE	**R$**	**702.498,09**

AHBB | REDE SANTA CASA

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO

Nº	DATA DO DOCUMENTO	Nº NOTA FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE			MULTAS/JUROS	VALOR PAGO	Nº DOCUMENTO	DATA DA COMPENSAÇÃO
1	05/05/2021	Nota Fiscal nº 165788	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	442,80	R$ -	R$ 442,80	60.101	01/06/2021
2	29/04/2021	Nota Fiscal nº 29343309	Ticket Serviços S.A	Recursos humanos (5)	R$	1.012,32	R$ -	R$ 1.012,32	60.102	01/06/2021
3	29/04/2021	Nota Fiscal nº 28415245	Ticket Serviços S.A	Recursos humanos (5)	R$	16.784,34	R$ -	R$ 16.784,34	60.103	01/06/2021
4	22/04/2021	Nota Fiscal nº 199310	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.420,70	R$ -	R$ 1.420,70	60.104	01/06/2021
5	09/04/2021	Nota Fiscal nº 2934541	Cristalia Prod Quim e Farmaceuticos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.950,00	R$ -	R$ 1.950,00	60.105	01/06/2021
6	07/05/2021	Nota Fiscal nº 1431915	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	694,86	R$ -	R$ 694,86	60.106	01/06/2021
7	06/05/2021	Nota Fiscal nº 205487	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	3.169,07	R$ -	R$ 3.169,07	60.107	01/06/2021
8	06/05/2021	Nota Fiscal nº 514960	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	570,20	R$ -	R$ 570,20	60.108	01/06/2021
9	06/05/2021	Nota Fiscal nº 514961	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.033,42	R$ -	R$ 1.033,42	60.109	01/06/2021
10	07/05/2021	Nota Fiscal nº 515274	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.413,73	R$ -	R$ 1.413,73	60.110	01/06/2021
11	02/06/2021	Nota Fiscal nº 20469	BW Distribuidora de Medicamentos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	5.346,00	R$ -	R$ 5.346,00	60.111	01/06/2021
12	25/05/2021	Rescisão	Michelle Gouveia Gonçalves	Recursos humanos (5)	R$	7.253,14	R$ -	R$ 7.253,14	550.148.000.027.375	04/06/2021
13	01/06/2021	Nota Fiscal nº 123	Ronaldo Luciano da Silva	Outros serviços de terceiros	R$	330,00	R$ -	R$ 330,00	556.600.000.009.819	04/06/2021
14	04/06/2021	Holerite	Adriana Simone de Moraes	Recursos humanos (5)	R$	2.328,54	R$ -	R$ 2.328,54	5.406	04/06/2021
15	04/06/2021	Holerite	Andre Luiz de Oliveira	Recursos humanos (5)	R$	1.928,66	R$ -	R$ 1.928,66	5.406	04/06/2021
16	04/06/2021	Holerite	Antonio Marcos Esteves	Recursos humanos (5)	R$	2.311,62	R$ -	R$ 2.311,62	5.406	04/06/2021
17	04/06/2021	Holerite	Aparecida Cardoso do Nascimento	Recursos humanos (5)	R$	2.156,84	R$ -	R$ 2.156,84	5.406	04/06/2021
18	04/06/2021	Holerite	Aretuza Fernandes de Castro	Recursos humanos (5)	R$	3.636,87	R$ -	R$ 3.636,87	5.406	04/06/2021
19	04/06/2021	Holerite	Beatriz Santos Ramos	Recursos humanos (5)	R$	1.951,67	R$ -	R$ 1.951,67	5.406	04/06/2021
20	04/06/2021	Holerite	Cristiana Aranha	Recursos humanos (5)	R$	1.915,22	R$ -	R$ 1.915,22	5.406	04/06/2021
21	04/06/2021	Holerite	Eduarda Lucio Gabilo Sandes	Recursos humanos (5)	R$	2.598,82	R$ -	R$ 2.598,82	5.406	04/06/2021
22	04/06/2021	Holerite	Fabiana Xavier dos Santos	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$ 1.559,41	5.406	04/06/2021
23	04/06/2021	Holerite	Gulaine Cristina Herreira	Recursos humanos (5)	R$	832,70	R$ -	R$ 832,70	5.406	04/06/2021
24	04/06/2021	Holerite	Guilherme Henrieue Costa	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$ 1.559,41	5.406	04/06/2021
25	04/06/2021	Holerite	Izabel Cristina Ferreira	Recursos humanos (5)	R$	1.530,57	R$ -	R$ 1.530,57	5.406	04/06/2021
26	04/06/2021	Holerite	Karina Zimiani Donalonso	Recursos humanos (5)	R$	4.825,06	R$ -	R$ 4.825,06	5.406	04/06/2021
27	04/06/2021	Holerite	Larissa de Souza Rodrigues	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$ 1.559,41	5.406	04/06/2021
28	04/06/2021	Holerite	Lidiane Marce da Silva Leal	Recursos humanos (5)	R$	3.874,34	R$ -	R$ 3.874,34	5.406	04/06/2021
29	04/06/2021	Holerite	Luzia de Almeida Pereira	Recursos humanos (5)	R$	2.749,41	R$ -	R$ 2.749,41	5.406	04/06/2021
30	04/06/2021	Holerite	Marcia Aparecida Morilhas	Recursos humanos (5)	R$	2.868,55	R$ -	R$ 2.868,55	5.406	04/06/2021
31	04/06/2021	Holerite	Marcia Maria Barbosa	Recursos humanos (5)	R$	1.860,14	R$ -	R$ 1.860,14	5.406	04/06/2021
32	04/06/2021	Holerite	Maria Anselica Prado Lamontao	Recursos humanos (5)	R$	869,56	R$ -	R$ 869,56	5.406	04/06/2021
33	04/06/2021	Holerite	Maria Laura Martins	Recursos humanos (5)	R$	3.547,16	R$ -	R$ 3.547,16	5.406	04/06/2021
34	04/06/2021	Holerite	Odair Campos Pedro	Recursos humanos (5)	R$	1.955,44	R$ -	R$ 1.955,44	5.406	04/06/2021
35	04/06/2021	Holerite	Renata Ferreira	Recursos humanos (5)	R$	2.555,22	R$ -	R$ 2.555,22	5.406	04/06/2021
36	04/06/2021	Holerite	Rogério Teofilo de Abreu	Recursos humanos (5)	R$	1.706,86	R$ -	R$ 1.706,86	5.406	04/06/2021
37	04/06/2021	Holerite	Sandra Regina Correia Balbino	Recursos humanos (5)	R$	3.969,21	R$ -	R$ 3.969,21	5.406	04/06/2021
38	04/06/2021	Holerite	Shawana de Souza	Recursos humanos (5)	R$	3.809,06	R$ -	R$ 3.809,06	5.406	04/06/2021
39	07/06/2021	Holerite	Plinio Hernandes	Recursos humanos (5)	R$	3.467,23	R$ -	R$ 3.467,23	550.148.000.018.302	07/06/2021
40	07/06/2021	Holerite	Eduardo Lopes dos Santos	Recursos humanos (5)	R$	1.718,20	R$ -	R$ 1.718,20	550.148.000.107.117	07/06/2021
41	07/06/2021	Holerite	Alessandra de Macedo	Recursos humanos (5)	R$	589,93	R$ -	R$ 589,93	60.701	07/06/2021
42	07/06/2021	Holerite	Gregory Azuar de Almeida	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$ 1.559,41	60.702	07/06/2021
43	07/06/2021	Holerite	Elisa Daniele Martins Castelanelli	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$ 1.559,41	60.703	07/06/2021
44	07/06/2021	Holerite	Elisangela Alves da Silva	Recursos humanos (5)	R$	1.564,12	R$ -	R$ 1.564,12	60.704	07/06/2021
45	07/06/2021	Holerite	Gisele Rosa Coelho de Souza	Recursos humanos (5)	R$	1.709,79	R$ -	R$ 1.709,79	60.705	07/06/2021
46	07/06/2021	Holerite	Jorge Luiz de Moura Barreto	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$ 1.559,41	60.706	07/06/2021
47	07/06/2021	Holerite	Joyce Garcia dos Santos	Recursos humanos (5)	R$	1.246,65	R$ -	R$ 1.246,65	60.707	07/06/2021
48	07/06/2021	Holerite	Luzimara Lopes da Silva	Recursos humanos (5)	R$	2.213,21	R$ -	R$ 2.213,21	60.708	07/06/2021
49	07/06/2021	Holerite	Monica Teruel	Recursos humanos (5)	R$	1.246,65	R$ -	R$ 1.246,65	60.709	07/06/2021
50	07/06/2021	Holerite	Natalice Overta Novelli Bonfim	Recursos humanos (5)	R$	524,88	R$ -	R$ 524,88	60.710	07/06/2021
51	07/06/2021	Holerite	Priscilla Christina Costa Dinalli	Recursos humanos (5)	R$	2.455,09	R$ -	R$ 2.455,09	60.711	07/06/2021
52	07/06/2021	Holerite	Thaina dos Reis Pio Silva	Recursos humanos (5)	R$	1.451,69	R$ -	R$ 1.451,69	60.712	07/06/2021
53	07/06/2021	Holerite	Vagner Roberto Pianta Mariano	Recursos humanos (5)	R$	2.089,77	R$ -	R$ 2.089,77	60.713	07/06/2021
54	22/04/2021	Nota Fiscal nº 1425458	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	810,00	R$ -	R$ 810,00	60.714	07/06/2021
55	11/05/2021	Nota Fiscal nº 1433314	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.439,49	R$ -	R$ 1.439,49	60.715	07/06/2021
56	11/05/2021	Nota Fiscal nº 1433324	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	548,48	R$ -	R$ 548,48	60.716	07/06/2021
57	14/04/2021	Nota Fiscal nº 589541	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	840,94	R$ -	R$ 840,94	60.717	07/06/2021
58	14/04/2021	Nota Fiscal nº 589773	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	800,00	R$ -	R$ 800,00	60.718	07/06/2021
59	12/05/2021	Nota Fiscal nº 207645	[illegible]permed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.562,48	R$ -	R$ 1.562,48	60.719	07/06/2021
60	12/05/2021	Nota Fiscal nº 207818	[illegible]permed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	6.052,20	R$ -	R$ 6.052,20	60.720	07/06/2021
61	12/05/2021	Nota Fiscal nº 515874	[illegible]permed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.856,42	R$ -	R$ 1.856,42	60.721	07/06/2021
62	31/05/2021	Nota Fiscal nº 52712640	Fit Telecom Ltda	Utilidades públicas (7)	R$	179,90	R$ -	R$ 179,90	60.722	07/06/2021
63	15/05/2021	Nota Fiscal nº 1580754	Thomson Reuters Brasil	Locações diversas	R$	2.603,21	R$ -	R$ 2.603,21	60.723	07/06/2021
64	11/05/2021	Nota Fiscal nº 8184	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	5.093,11	R$ -	R$ 5.093,11	60.724	07/06/2021
65	10/06/2021	Nota Fiscal nº 57532420	Fit Telecom Ltda	Utilidades públicas (7)	R$	20,40	R$ -	R$ 20,40	60.725	07/06/2021
66	10/06/2021	Nota Fiscal nº 57532435	Fit Telecom Ltda	Utilidades públicas (7)	R$	10,00	R$ -	R$ 10,00	60.726	07/06/2021
67	10/05/2021	Nota Fiscal nº 594655	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	2.169,00	R$ -	R$ 2.169,00	60.727	07/06/2021
68	10/05/2021	Nota Fiscal nº 594658	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	2.169,00	R$ -	R$ 2.169,00	60.728	07/06/2021
69	11/05/2021	Nota Fiscal nº 135540	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	680,00	R$ -	R$ 680,00	60.729	07/06/2021
70	12/05/2021	Nota Fiscal nº 166231	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	323,00	R$ -	R$ 323,00	60.730	07/06/2021
71	13/05/2021	Nota Fiscal nº 15178	Cirurgica Neves Ltda Epp	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	2.597,50	R$ -	R$ 2.597,50	60.731	07/06/2021
72	29/04/2021	Recibo	MedPro Comercio de Prod. Hosp. Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	560,00	R$ -	R$ 560,00	60.732	07/06/2021
73	27/04/2021	Nota Fiscal nº 9315	Belive Medical Produtos Hospitalares Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	6.800,00	R$ -	R$ 6.800,00	60.733	07/06/2021
74	27/04/2021	Nota Fiscal nº 1427099	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.516,85	R$ -	R$ 1.516,85	60.734	07/06/2021
75	12/05/2021	Nota Fiscal nº 1180999	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	143,25	R$ -	R$ 143,25	60.735	07/06/2021
76	12/05/2021	Nota Fiscal nº 176479	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.143,00	R$ -	R$ 2.143,00	60.736	07/06/2021
77	12/05/2021	Nota Fiscal nº 207701	[illegible]permed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	620,02	R$ -	R$ 620,02	60.737	07/06/2021
78	14/04/2021	Nota Fiscal nº 1422287	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.303,77	R$ -	R$ 1.303,77	60.738	07/06/2021
79	20/05/2021	Nota Fiscal nº 5789	Espirito Santo Dist. Prod. Hosp. Eireli	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	4.711,50	R$ -	R$ 4.711,50	60.739	07/06/2021
80	07/06/2021	Holerite	Aline Tomaz dos Santos Marcolino	Recursos humanos (5)	R$	209,12	R$ -	R$ 209,12	60.740	07/06/2021
81	07/06/2021	Holerite	Navara Carrijo da Costa	Recursos humanos (5)	R$	2.730,57	R$ -	R$ 2.730,57	60.741	07/06/2021
82	02/06/2021	Nota Fiscal nº 01	ECQ Serviços Tecnicos Eireli	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	550,00	R$ -	R$ 550,00	60.742	07/06/2021
83	08/06/2021	Nota Fiscal nº 235	Gestare Serviços Combinados de Escritório Ltda	recursos humanos (6)	R$	19.500,00	R$ -	R$ 19.500,00	61.001	10/06/2021
84	20/05/2021	Nota Fiscal nº 9380	Ibasa do Brasil Ind. Com. Ltda	Outros materiais de consumo	R$	120,00	R$ -	R$ 120,00	61.002	10/06/2021
85	21/05/2021	Nota Fiscal nº 1438106	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	849,92	R$ -	R$ 849,92	61.003	10/06/2021
86	10/06/2021	10	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	100,00	R$ -	R$ 100,00	10	10/06/2021
87	10/06/2021	821.610.902.553.615	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	60,00	R$ -	R$ 60,00	821.610.902.553.615	10/06/2021
88	10/06/2021	821.610.903.458.330	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	85,00	R$ -	R$ 85,00	821.610.903.458.330	10/06/2021
89	10/06/2021	871.610.902.406.192	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	271,00	R$ -	R$ 271,00	871.610.902.406.192	10/06/2021
90	10/06/2021	Nota Fiscal nº 470	Winter - Gestão e Consultoria Médica	Serviços médicos (*)	R$	87.802,50	R$ -	R$ 87.802,50	61.101	11/06/2021
91	18/06/2021	Nota Fiscal nº 2635	Grafica Modelo de Promissão Ltda	Outros serviços de terceiros	R$	495,00	R$ -	R$ 495,00	61.401	14/06/2021
92	13/05/2021	Nota Fiscal nº 504476	União Quimica Farmaceutica Nacional S/A	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	8.700,00	R$ -	R$ 8.700,00	61.402	14/06/2021
93	17/05/2021	Nota Fiscal nº 596104	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	551,31	R$ -	R$ 551,31	61.403	14/06/2021
94	17/05/2021	Nota Fiscal nº 209387	[illegible]med Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.917,96	R$ -	R$ 1.917,96	61.404	14/06/2021
95	24/05/2021	Nota Fiscal nº 597943	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.299,87	R$ -	R$ 1.299,87	61.405	14/06/2021
96	31/05/2021	Nota Fiscal nº 215658	[illegible]med Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	8.158,50	R$ -	R$ 8.158,50	61.406	14/06/2021
97	18/05/2021	Nota Fiscal nº 516914	[illegible]med Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.346,41	R$ -	R$ 1.346,41	61.501	15/06/2021
98	01/06/2021	Nota Fiscal nº 216195	[illegible]med Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	8.158,50	R$ -	R$ 8.158,50	61.502	15/06/2021
99	19/05/2021	Nota Fiscal nº 166528	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	273,80	R$ -	R$ 273,80	61.503	15/06/2021
100	21/05/2021	Nota Fiscal nº 1438106	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	849,92	R$ -	R$ 849,92	61.504	15/06/2021
101	31/05/2021	GPS	Ministério da Previdência Social	Recursos humanos (5)	R$	10.496,31	R$ -	R$ 10.496,31	61.701	17/06/2021
102	31/05/2021	Cód. Receita 0561	Ministério da Fazenda	Serviços médicos (*)	R$	2.707,50	R$ -	R$ 2.707,50	61.702	17/06/2021
103	31/05/2021	Cód. Receita 5952	Ministério da Fazenda	Serviços médicos (*)	R$	401,01	R$ -	R$ 401,01	61.703	17/06/2021
104	31/05/2021	Cód. Receita 1708	Ministério da Fazenda	Serviços médicos (*)	R$	129,36	R$ -	R$ 129,36	61.704	17/06/2021
105	18/06/2021	Pagamento	FGTS Arrecadação GRF	Recursos humanos (5)	R$	2.254,09	R$ -	R$ 2.254,09	61.705	17/06/2021
106	11/06/2021	Rescisão	Maria Laura Martins	Recursos humanos (5)	R$	9.835,45	R$ -	R$ 9.835,45	550.148.000.106.291	18/06/2021
107	04/06/2021	Nota Fiscal nº 1563	Unilab Laboratório de Analises Clinicas de Lins	Serviços médicos (*)	R$	6.678,08	R$ -	R$ 6.678,08	550.058.000.072.625	21/06/2021
108	02/06/2021	Nota Fiscal nº 7097	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Outros serviços de terceiros	R$	864,00	R$ -	R$ 864,00	62.101	21/06/2021
109	07/06/2021	Nota Fiscal nº 2020	Dextra - Apoio em Prev em Seg Trabalho Ltda	Outros serviços de terceiros	R$	1.173,12	R$ -	R$ 1.173,12	62.102	21/06/2021
110	24/05/2021	Nota Fiscal nº 597943	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	[illegible]dicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.299,87	R$ -	R$ 1.299,87	62.103	21/06/2021
111	25/05/2021	Nota Fiscal nº 15256	Cirurgica Neves Ltda Epp	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.545,00	R$ -	R$ 2.545,00	62.104	21/06/2021
112	25/05/2021	Nota Fiscal nº 138395	Cirurgica Paulista Comercio de Materiais	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	444,00	R$ -	R$ 444,00	62.105	21/06/2021
113	25/05/2021	Nota Fiscal nº 1439401	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.117,76	R$ -	R$ 2.117,76	62.106	21/06/2021
114	12/05/2021	Nota Fiscal nº 207645	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.562,47	R$ -	R$ 1.562,47	62.107	21/06/2021
115	12/05/2021	Nota Fiscal nº 515874	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.856,41	R$ -	R$ 1.856,41	62.108	21/06/2021
116	26/05/2021	Nota Fiscal nº 213489	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.030,09	R$ -	R$ 1.030,09	62.109	21/06/2021
117	26/05/2021	Nota Fiscal nº 518564	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	574,69	R$ -	R$ 574,69	62.110	21/06/2021
118	26/05/2021	Nota Fiscal nº 518566	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.275,16	R$ -	R$ 1.275,16	62.111	21/06/2021
119	26/05/2021	Nota Fiscal nº 213459	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	828,01	R$ -	R$ 828,01	62.112	21/06/2021
120	25/05/2021	Nota Fiscal nº 136227	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.360,00	R$ -	R$ 1.360,00	62.113	21/06/2021
121	26/05/2021	Nota Fiscal nº 166859	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	322,50	R$ -	R$ 322,50	62.114	21/06/2021
122	15/06/2021	Nota Fiscal nº 7239	João Bosco Ferrara Me	Locações diversas	R$	250,00	R$ -	R$ 250,00	62.115	21/06/2021
123	17/05/2021	Nota Fiscal nº 19269	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicas Ltda Me	Outros serviços de terceiros	R$	2.426,18	R$ -	R$ 2.426,18	62.116	21/06/2021
124	28/05/2021	Nota Fiscal nº 1441149	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	954,00	R$ -	R$ 954,00	62.117	21/06/2021
125	21/05/2021	Nota Fiscal nº 1438106	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	850,16	R$ -	R$ 850,16	62.118	21/06/2021
126	28/05/2021	Nota Fiscal nº 214760	[illegible]	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	8.155,50	R$ -	R$ 8.155,50	62.119	21/06/2021
127	19/05/2021	Nota Fiscal nº 441	Nova Brasil Casa do Hoteleiro	Outros materiais de consumo	R$	500,00	R$ 32,00	R$ 532,00	62.120	21/06/2021
128	16/06/2021	Férias	Aretuza Fernandes de Castro	Recursos humanos (5)	R$	4.192,01	R$ -	R$ 4.192,01	1.661	23/06/2021
129	16/06/2021	Férias	Luzia de Almeida Pereira	Recursos humanos (5)	R$	4.710,24	R$ -	R$ 4.710,24	1.662	23/06/2021
130	02/06/2021	Nota Fiscal nº 3683	Drogaria Geral de Promissão	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	367,10	R$ -	R$ 367,10	550.148.000.005.406	28/06/2021

131	25/06/2021	Nota Fiscal nº 28	TH Engenharia Clinica Hospitalar Ltda	Outros serviços de terceiros	R$	4.865,23	R$	-	R$	4.865,23	62.801	28/06/2021
132	27/04/2021	Nota Fiscal nº 171750	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.226,52	R$	-	R$	1.226,52	62.802	28/06/2021
133	27/04/2021	Nota Fiscal nº 1177615	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	310,75	R$	-	R$	310,75	62.803	28/06/2021
134	24/05/2021	Recibo	MedPro Comercio de Prod. Hosp. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	560,00	R$	-	R$	560,00	62.804	28/06/2021
135	08/06/2021	Nota Fiscal nº 13936	Calejon & Calejon Ltda	Recursos humanos (5)	R$	85,05	R$	-	R$	85,05	62.805	28/06/2021
136	24/05/2021	Nota Fiscal nº 597943	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.300,26	R$	-	R$	1.300,26	62.806	28/06/2021
137	01/06/2021	Nota Fiscal nº 1442527	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	2.840,63	R$	-	R$	2.840,63	62.807	28/06/2021
138	01/06/2021	Nota Fiscal nº 216178	ipermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.264,65	R$	-	R$	1.264,65	62.808	28/06/2021
139	01/06/2021	Nota Fiscal nº 519851	ipermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	698,47	R$	-	R$	698,47	62.809	28/06/2021
140	01/06/2021	Nota Fiscal nº 519831	ipermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.059,97	R$	-	R$	1.059,97	62.810	28/06/2021
141	31/05/2021	Nota Fiscal nº 167116	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	60,00	R$	-	R$	60,00	62.811	28/06/2021
142	31/05/2021	Nota Fiscal nº 215595	ipermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. L	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*	R$	1.128,26	R$	-	R$	1.128,26	62.812	28/06/2021
143	28/06/2021	841.791.004.651.252	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	3,40	R$	-	R$	3,40	841.791.004.651.252	28/06/2021
144	28/06/2021	841.791.004.651.253	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	3,40	R$	-	R$	3,40	841.791.004.651.253	28/06/2021
			TOTAL		R$	405.985,33	R$	32,00	R$	406.017,33		

(1) Auxílio, subvenção ou contribuição.

(2) Origem dos recursos: federal, estadual ou municipal, devendo ser elaborado um Anexo para cada fonte de recurso.

(3) Notas Fiscais e recibos.

(4) No rol das despesas inclui também os gastos que tão são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada, examinada pelo Conselho Fiscal, comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados.

Promissão, 12 de Julho de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Sede Administrativa: Av. José Ariano Rodrigues, 303 – Jd. Ariano – Lins/SP - CEP: 16400 – 400 Tel.: +55 14 3534 5198
www.ahbb.org.br

Recursos humanos (5)	R$	144.977,83
Recursos humanos (6)	R$	19.500,00
Medicamentos/Material médico e hospitalar	R$	128.007,11
Gêneros alimentícios	R$	-
Outros materiais de consumo	R$	2.074,10
Serviços médicos (*)	R$	97.718,45
Outros serviços de terceiros	R$	10.153,53
Locação de imóveis	R$	-
Locações diversas	R$	2.853,21
Utilidades públicas (7)	R$	210,30
Combustível	R$	-
Bens e materiais permanentes	R$	-
Obras	R$	-
Despesas financeiras e bancárias	R$	522,80
Outras despesas	R$	-
	R$	406.017,33

AHBB | REDE SANTA CASA

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa:	**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**		
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Banco Do Brasil	
Periodo	01/06/2021 a 30/06/2021	Ag: 148-1	
Convênio	Promissão	CC: 38500-X	
Convênio nº 00004/2021			

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercicio
		BANCO DO BRASIL			
31/05/2021	**Saldo Anterior**	R$ -			R$ -
01/06/2021	**Devolução AHBB Sede**	553.062.007.004.231		R$ 33.837,44	R$ 33.837,44
01/06/2021	**Biripel Embalagens Ltda**	Nota Fiscal nº 165788	R$ 442,80		R$ 33.394,64
01/06/2021	**Ticket Serviços S.A**	Nota Fiscal nº 29343309	R$ 1.012,32		R$ 32.382,32
01/06/2021	**Ticket Serviços S.A**	Nota Fiscal nº 28415245	R$ 16.784,34		R$ 15.597,98
01/06/2021	**Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda**	Nota Fiscal nº 199310	R$ 1.420,70		R$ 14.177,28
01/06/2021	**Cristalia Prod Quim e Farmaceuticos Ltda**	Nota Fiscal nº 2934541	R$ 1.950,00		R$ 12.227,28
01/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1431915	R$ 694,86		R$ 11.532,42
01/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 205487	R$ 3.169,07		R$ 8.363,35
01/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 514960	R$ 570,20		R$ 7.793,15
01/06/2021	**Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda**	Nota Fiscal nº 514961	R$ 1.033,42		R$ 6.759,73
01/06/2021	**Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda**	Nota Fiscal nº 515274	R$ 1.413,73		R$ 5.346,00
01/06/2021	**BW Distribuidora de Medicamentos Ltda**	Nota Fiscal nº 20469	R$ 5.346,00		-R$ 0,00
04/06/2021	**Devolução AHBB Sede**	553.062.007.004.231		R$ 28.154,64	R$ 28.154,64
04/06/2021	**Devolução Tarifa 2018**	142.381.507		R$ 14.928,55	R$ 43.083,19
04/06/2021	**Devolução Tarifa 2019**	142.381.539		R$ 16.931,02	R$ 60.014,21
04/06/2021	**Devolução Tarifa 2020**	142.381.549		R$ 6.811,31	R$ 66.825,52
04/06/2021	**Devolução Tarifa 2021**	142.381.568		R$ 1.217,37	R$ 68.042,89
04/06/2021	Michelle Gouveia Gonçalves	Rescisão	R$ 7.253,14		R$ 60.789,75
04/06/2021	**Ronaldo Luciano da Silva**	Nota Fiscal nº 123	R$ 330,00		R$ 60.459,75
04/06/2021	Adriana Simone de Moraes	Holerite	R$ 2.328,54		R$ 58.131,21
04/06/2021	Andre Luiz de Oliveira	Holerite	R$ 1.928,66		R$ 56.202,55
04/06/2021	Antonio Marcos Esteves	Holerite	R$ 2.311,62		R$ 53.890,93
04/06/2021	Aparecida Cardoso do Nascimento	Holerite	R$ 2.156,84		R$ 51.734,09
04/06/2021	Aretuza Fernandes de Castro	Holerite	R$ 3.636,87		R$ 48.097,22
04/06/2021	Beatriz Santos Ramos	Holerite	R$ 1.951,67		R$ 46.145,55
04/06/2021	Cristiana Aranha	Holerite	R$ 1.915,22		R$ 44.230,33
04/06/2021	Eduarda Lucio Gabilo Sandes	Holerite	R$ 2.598,82		R$ 41.631,51
04/06/2021	Fabiana Xavier dos Santos	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 40.072,10
04/06/2021	Gislaine Cristina Herreira	Holerite	R$ 832,70		R$ 39.239,40
04/06/2021	Guilherme Henrique Costa	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 37.679,99
04/06/2021	Izabel Cristina Ferreira	Holerite	R$ 1.530,57		R$ 36.149,42
04/06/2021	Karina Zimiani Donalonso	Holerite	R$ 4.825,06		R$ 31.324,36
04/06/2021	Larissa de Souza Rodrigues	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 29.764,95
04/06/2021	Lidiane Merce da Silva Leal	Holerite	R$ 3.874,34		R$ 25.890,61
04/06/2021	Luzia de Almeida Pereira	Holerite	R$ 2.749,41		R$ 23.141,20
04/06/2021	Marcia Aparecida Morilhas	Holerite	R$ 2.868,55		R$ 20.272,65
04/06/2021	Marcia Maria Barbosa	Holerite	R$ 1.860,14		R$ 18.412,51
04/06/2021	Maria Angelica Prado Lamontao	Holerite	R$ 869,56		R$ 17.542,95
04/06/2021	Maria Laura Martins	Holerite	R$ 3.547,16		R$ 13.995,79
04/06/2021	Odair Campos Pedro	Holerite	R$ 1.955,44		R$ 12.040,35
04/06/2021	Renata Ferreira	Holerite	R$ 2.555,22		R$ 9.485,13
04/06/2021	Rogério Teofilo de Abreu	Holerite	R$ 1.706,86		R$ 7.778,27
04/06/2021	Sandra Regina Correia Balbino	Holerite	R$ 3.969,21		R$ 3.809,06
04/06/2021	Shawana de Souza	Holerite	R$ 3.809,06		-R$ 0,00
07/06/2021	**Repasse Público**	202.106.040.031.755		R$ 322.397,75	R$ 322.397,75
07/06/2021	**Repasse Público Convênio Leonor**	202.106.040.031.776		R$ 268.973,76	R$ 591.371,51
07/06/2021	Plinio Hernandes	Holerite	R$ 3.467,23		R$ 587.904,28
07/06/2021	Eduardo Lopes dos Santos	Holerite	R$ 1.718,20		R$ 586.186,08
07/06/2021	Transferencia AHBB Sede	553.062.007.004.231	R$ 246.399,10		R$ 339.786,98
07/06/2021	Transferencia Recurso Convênio Leonor	553.576.007.004.195	R$ 268.973,76		R$ 70.813,22
07/06/2021	Alessandra de Macedo	Holerite	R$ 589,93		R$ 70.223,29
07/06/2021	Gregory Aguiar de Almeida	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 68.663,88
07/06/2021	Elisa Daniele Martins Castelanelli	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 67.104,47
07/06/2021	Elisangela Alves da Silva	Holerite	R$ 1.564,12		R$ 65.540,35
07/06/2021	Gisele Rosa Coelho de Souza	Holerite	R$ 1.709,79		R$ 63.830,56
07/06/2021	Jorge Luiz de Moura Barreto	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 62.271,15
07/06/2021	Joyce Garcia dos Santos	Holerite	R$ 1.246,65		R$ 61.024,50
07/06/2021	Luzimara Lopes da Silva	Holerite	R$ 2.213,21		R$ 58.811,29
07/06/2021	Monica Terruel	Holerite	R$ 1.246,65		R$ 57.564,64
07/06/2021	Natalice Overta Novelli Bonfim	Holerite	R$ 524,88		R$ 57.039,76
07/06/2021	Priscilla Christina Costa Dinalli	Holerite	R$ 2.455,09		R$ 54.584,67
07/06/2021	Thaina dos Reis Pio Silva	Holerite	R$ 1.451,69		R$ 53.132,98
07/06/2021	Vagner Roberto Pianta Mariano	Holerite	R$ 2.089,77		R$ 51.043,21
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1425458	R$ 810,00		R$ 50.233,21
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1433314	R$ 1.439,49		R$ 48.793,72
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1433324	R$ 548,48		R$ 48.245,24
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 589541	R$ 840,94		R$ 47.404,30
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 589773	R$ 800,00		R$ 46.604,30
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207645	R$ 1.562,48		R$ 45.041,82
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207818	R$ 6.052,20		R$ 38.989,62
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 515874	R$ 1.856,42		R$ 37.133,20
07/06/2021	Fit Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 52712640	R$ 179,58		R$ 36.953,62
07/06/2021	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1580754	R$ 1.603,51		R$ 34.350,09
07/06/2021	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Nota Fiscal nº 8184	R$ 5.093,11		R$ 29.256,98
07/06/2021	Fit Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 57532420	R$ 19,60		R$ 29.236,58
07/06/2021	Fit Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 57532435	R$ 10,00		R$ 29.226,58
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 594655	R$ 2.169,00		R$ 27.057,58
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 594658	R$ 2.849,00		R$ 24.208,58
07/06/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 135540	R$ 680,00		R$ 23.885,58
07/06/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 166231	R$ 323,00		R$ 23.562,58

Convênio nº 00004/2021
Fundo de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UG: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Penalda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021	Cirurgica Neves Ltda Epp	Nota Fiscal nº 15178	R$	2.597,50		R$ 21.288,08
07/06/2021	MedPro Comercio de Prod. Hosp. Ltda	Recibo	R$	560,00		R$ 20.728,08
07/06/2021	Belive Medical Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 9315	R$	6.800,00		R$ 13.928,08
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1427099	R$	1.516,85		R$ 12.411,23
07/06/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 1180999	R$	143,25		R$ 12.267,98
07/06/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 176479	R$	2.143,00		R$ 10.124,98
07/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207701	R$	620,02		R$ 9.504,96
07/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1422287	R$	1.303,77		R$ 8.201,19
07/06/2021	Espirito Santo Dist. Prod. Hosp. Eireli	Nota Fiscal nº 5789	R$	4.711,50		R$ 3.489,69
07/06/2021	Aline Tomaz dos Santos Marcolino	Holerite	R$	209,12		R$ 3.280,57
07/06/2021	Nayara Carrijo da Costa	Holerite	R$	2.730,57		R$ 550,00
07/06/2021	ECQ Serviços Tecnicos Eireli	Nota Fiscal nº 01	R$	550,00		R$ 0,00
10/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 20.985,92	R$ 20.985,92
10/06/2021	Gestare Serviços Combinados de Escritório Ltda	Nota Fiscal nº 235	R$	19.500,00		R$ 1.485,92
10/06/2021	Ibasa do Brasil Ind. Com. Ltda	Nota Fiscal nº 9380	R$	120,00		R$ 1.365,92
10/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438106	R$	849,92		R$ 516,00
10/06/2021	Tarifa Bancária	10	R$	100,00		R$ 416,00
10/06/2021	Tarifa Bancária	821.610.902.553.615	R$	60,00		R$ 356,00
10/06/2021	Tarifa Bancária	821.610.903.458.330	R$	85,00		R$ 271,00
10/06/2021	Tarifa Bancária	871.610.902.406.192	R$	271,00		R$ 0,00
11/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 87.802,50	R$ 87.802,50
11/06/2021	Winter - Gestão e Consultoria Médica	Nota Fiscal nº 470	R$	87.802,50		R$ 0,00
14/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 21.122,64	R$ 21.122,64
14/06/2021	Grafica Modelo de Promissão Ltda	Nota Fiscal nº 2635	R$	495,00		R$ 20.627,64
14/06/2021	União Quimica Farmaceutica Nacional S/A	Nota Fiscal nº 504476	R$	8.700,00		R$ 11.927,64
14/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 596104	R$	551,31		R$ 11.376,33
14/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 209387	R$	1.917,96		R$ 9.458,37
14/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 597943	R$	1.299,87		R$ 8.158,50
14/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 215658	R$	8.158,50		R$ 0,00
15/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 10.628,63	R$ 10.628,63
15/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 516914	R$	1.346,41		R$ 9.282,22
15/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 216195	R$	8.158,50		R$ 1.123,72
15/06/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 166528	R$	273,80		R$ 849,92
15/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438106	R$	849,92		R$ 0,00
17/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 15.988,27	R$ 15.988,27
17/06/2021	Ministério da Previdência Social	GPS	R$	10.496,31		R$ 5.491,96
17/06/2021	Ministério da Fazenda	Cód. Receita 0561	R$	2.707,50		R$ 2.784,46
17/06/2021	Ministério da Fazenda	Cód. Receita 5952	R$	401,01		R$ 2.383,45
17/06/2021	Ministério da Fazenda	Cód. Receita 1708	R$	129,36		R$ 2.254,09
17/06/2021	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R$	2.254,09		R$ 0,00
18/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 9.835,45	R$ 9.835,45
18/06/2021	Maria Laura Martins	Rescisão	R$	9.835,45		R$ 0,00
21/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 37.099,00	R$ 37.099,00
21/06/2021	Unilab Laboratório de Analises Clinicas de Lins	Nota Fiscal nº 1563	R$	6.678,08		R$ 30.420,92
21/06/2021	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 7097	R$	864,00		R$ 29.556,92
21/06/2021	Destra - Apoio em Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 2020	R$	1.173,12		R$ 28.383,80
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 597943	R$	1.299,87		R$ 27.083,93
21/06/2021	Cirurgica Neves Ltda Epp	Nota Fiscal nº 15256	R$	2.545,00		R$ 24.538,93
21/06/2021	Cirurgica Paulista Comercio de Materiais	Nota Fiscal nº 138395	R$	444,00		R$ 24.094,93
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1439401	R$	2.117,76		R$ 21.977,17
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 207645	R$	1.562,47		R$ 20.414,70
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 515874	R$	1.856,41		R$ 18.558,29
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 213489	R$	1.030,09		R$ 17.528,20
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 518564	R$	574,69		R$ 16.953,51
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 518566	R$	1.275,16		R$ 15.678,35
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 213459	R$	828,01		R$ 14.850,34
21/06/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 136227	R$	1.360,00		R$ 13.490,34
21/06/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 166859	R$	322,50		R$ 13.167,84
21/06/2021	João Bosco Ferrara Me	Nota Fiscal nº 7239	R$	250,00		R$ 12.917,84
21/06/2021	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicas Ltda Me	Nota Fiscal nº 19269	R$	2.426,18		R$ 10.491,66
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1441149	R$	954,00		R$ 9.537,66
21/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1438106	R$	850,16		R$ 8.687,50
21/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 214760	R$	8.155,50		R$ 532,00
21/06/2021	Nova Brasil Casa do Hoteleiro	Nota Fiscal nº 441	R$	532,00		R$ 0,00
23/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 8.902,25	R$ 8.902,25
23/06/2021	Aretuza Fernandes de Castro	Férias	R$	4.192,01		R$ 4.710,24
23/06/2021	Luzia de Almeida Pereira	Férias	R$	4.710,24		R$ 0,00
28/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 15.773,69	R$ 15.773,69
28/06/2021	Drogaria Geral de Promissão	Nota Fiscal nº 3683	R$	367,10		R$ 15.406,59
28/06/2021	TH Engenharia Clinica Hospitalar Ltda	Nota Fiscal nº 28	R$	4.865,23		R$ 10.541,36
28/06/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 171750	R$	1.226,52		R$ 9.314,84
28/06/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 1177615	R$	310,75		R$ 9.004,09
28/06/2021	MedPro Comercio de Prod. Hosp. Ltda	Recibo	R$	560,00		R$ 8.444,09
28/06/2021	Calejon & Calejon Ltda	62.805	R$	85,05		R$ 8.359,04
28/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 597943	R$	1.300,26		R$ 7.058,78
28/06/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1442527	R$	2.840,63		R$ 4.218,15
28/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 216178	R$	1.264,65		R$ 2.953,50
28/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 519851	R$	698,47		R$ 2.255,03
28/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 519831	R$	1.059,97		R$ 1.195,06
28/06/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 167116	R$	60,00		R$ 1.135,06
28/06/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 215595	R$	1.128,26		R$ 6,80
28/06/2021	Tarifa Bancária	841.791.004.651.252	R$	3,40		R$ 3,40
28/06/2021	Tarifa Bancária	841.791.004.651.253	R$	3,40		R$ 0,00
30/06/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 702.498,09	R$ 702.498,09

Promissão, 12 de Julho de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Consultas - Extrato de conta corrente

G3363013271958451
30/06/2021 13:33:39

Cliente - Conta atual

Agência	148-1
Conta corrente	38500-XASSOCIACAO BENEFICENTE DE
Período do extrato	Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
31/05/2021				00000 000 Saldo Anterior			0,00 C
01/06/2021		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	33.837,44 C	
				01/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.101	442,80 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.102	1.012,32 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.103	16.784,34 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.104	1.420,70 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.105	1.950,00 D	
				CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.106	694,86 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.107	3.169,07 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.108	570,20 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.109	1.033,42 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/06/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.110	1.413,73 D	
				BANCO SOFISA S/A			
01/06/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.111	5.346,00 D	0,00 C
				341 3239 026701170000197 BW DISTRIBUID			
04/06/2021		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	28.154,64 C	
				04/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
04/06/2021		0000	14175	976 TED-Pag Fornecedores	142.381.507	14.928,55 C	
				756 5042 45349461000374 ASSOCIACAO HOS			
04/06/2021		0000	14175	976 TED-Pag Fornecedores	142.381.539	16.931,02 C	
				756 5042 45349461000374 ASSOCIACAO HOS			
04/06/2021		0000	14175	976 TED-Pag Fornecedores	142.381.549	6.811,31 C	
				756 5042 45349461000374 ASSOCIACAO HOS			
04/06/2021		0000	14175	976 TED-Pag Fornecedores	142.381.568	1.217,37 C	
				756 5042 45349461000374 ASSOCIACAO HOS			
04/06/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.027.375	7.253,14 D	
				04/06 0148 27375-9 MICHELLE G GON			
04/06/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	556.600.000.009.819	330,00 D	
				04/06 6600 9819-1 RONALDO LUCIAN			
04/06/2021		0000	13134	250 Folha de Pagamento	5.406	60.459,75 D	0,00 C
07/06/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.106.040.031.755	322.397,75 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
07/06/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.106.040.031.776	268.973,76 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
07/06/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.018.302	3.467,23 D	
				07/06 0148 18302-4 PLINIO HERNAND			
07/06/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.107.117	1.718,20 D	
				07/06 0148 107117-3 EDUARDO LOPES			
07/06/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	553.062.007.004.231	246.390,10 D	
				07/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/06/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	553.576.007.004.195	268.973,76 D	

Convênio nº 00004/2021
Porte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
Nº Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

		07/06 3576 7004195-4 ASSOCIACAO HOS		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.701	589,93 D
		341 6413 06720937820 ALESSANDRA DE MAC		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.702	1.559,41 D
		341 0218 40799694819 GREGORY AGUIAR DE		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.703	1.559,41 D
		033 0046 36998456808 ELISA DANIELE MAR		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.704	1.564,12 D
		237 0007 38093623876 ELISANGELA ALVES		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.705	1.709,79 D
		104 0318 29875268810 GISELE ROSA COELH		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.706	1.559,41 D
		033 0706 39505873816 JORGE LUIZ DE MOU		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.707	1.246,65 D
		033 0629 40228211832 JOYCE GARCIA DOS		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.708	2.213,21 D
		104 0329 29431120895 LUZIMARA LOPES DA		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.709	1.246,65 D
		341 0460 31159005893 MONICA TERRUEL		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.710	524,88 D
		033 0629 02945000814 NATALICE OVERTA N		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.711	2.455,09 D
		033 0046 36183050873 PRISCILLA CHRISTI		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.712	1.451,69 D
		341 0460 43246876843 THAINA DOS REIS P		
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.713	2.089,77 D
		341 0460 34415755801 VAGNER ROBERTO PI		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.714	810,00 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.715	1.439,49 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.716	548,48 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.717	840,94 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.718	800,00 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.719	1.562,48 D
		BANCO SOFISA S/A		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.720	6.052,20 D
		BANCO SOFISA S/A		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.721	1.856,42 D
		BANCO SOFISA S/A		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.722	179,90 D
		FIT TELECOM LTDA.		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.723	2.603,21 D
		THOMSON REUTERS BRAS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.724	5.093,11 D
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.725	20,40 D
		FIT TELECOM LTDA.		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.726	10,00 D
		FIT TELECOM LTDA.		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.727	2.169,00 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.728	2.169,00 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.729	680,00 D
		BIOMEDICAL		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.730	323,00 D
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.731	2.567,00 D
		CIRURGICA NEVES LTDA - EPP		
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.732	3.600,00 D
		MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME		

07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.733	6.800,00 D	
		BELIVE MEDICAL P H LTDA			
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.734	1.516,85 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.735	143,25 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.736	2.143,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.737	620,02 D	
		BANCO SOFISA S/A			
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.738	1.303,77 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.739	4.711,50 D	
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO			
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.740	209,12 D	
		033 0058 35147269819 ALINE TOMAZ DOS S			
07/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.741	2.730,57 D	
		033 0629 36818867847 NAYARA CARRIJO DA			
07/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	60.742	550,00 D	0,00 C
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP			
10/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	20.985,92 C	
		10/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
10/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	61.001	19.500,00 D	
		341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
10/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.002	120,00 D	
		IBASA DO BRASIL INDUSTRIA E CO			
10/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.003	849,92 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
10/06/2021	0000	13113 170 Tarifa Modulo	10	100,00 D	
		Cobrança referente a 07/06/2021			
10/06/2021	0000	13113 170 Tarifa Modulo	821.610.902.553.615	60,00 D	
		Cobrança referente a 07/06/2021			
10/06/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	821.610.903.458.330	85,00 D	
		Cobrança referente a 07/06/2021			
10/06/2021	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	871.610.902.406.192	271,00 D	0,00 C
		Cobrança referente a 07/06/2021			
11/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	87.802,50 C	
		11/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
11/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	61.101	87.802,50 D	0,00 C
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
14/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	21.122,64 C	
		14/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
14/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.401	495,00 D	
		GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA			
14/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.402	8.700,00 D	
		UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL S			
14/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.403	551,31 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.404	1.917,96 D	
		BANCO SOFISA S/A			
14/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.405	1.299,87 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.406	8.158,50 D	0,00 C
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
15/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	10.628,63 C	
		15/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
15/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.501	1.346,41 D	
		BANCO SOFISA S/A			
15/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.502	8.158,50 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
15/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.503	273,80 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
15/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	61.504	849,92 D	0,00 C
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
17/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	16.988,27 C	

Convênio nº 00004/2021
Governo do Estado
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 500180 Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
Tipo de Despesa: Custeio

		17/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
17/06/2021	0000	13105 196 INSS Arrecadação		61.701	10.496,31 D	
		GPS- Ident.: 45349461000536 - 05/2021				
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos		61.702	2.707,50 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos		61.703	401,01 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952				
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos		61.704	129,36 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708				
17/06/2021	0000	13105 375 Impostos		61.705	2.254,09 D	0,00 C
		FGTS ARREC GRRF				
18/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		9.835,45 C	
		18/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
18/06/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	550.148.000.106.291		9.835,45 D	0,00 C
		18/06 0148 106291-3 MARIA LAURA MA				
21/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		37.099,00 C	
		21/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
21/06/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	550.058.000.072.625		6.678,08 D	
		21/06 0058 72625-7 UNILAB - LABOR				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.101	864,00 D	
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO				
21/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		62.102	1.173,12 D	
		341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.103	1.299,87 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.104	2.545,00 D	
		CIRURGICA NEVES LTDA - EPP				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.105	444,00 D	
		CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATERIA				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.106	2.117,76 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.107	1.562,47 D	
		BANCO SOFISA S/A				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.108	1.856,41 D	
		BANCO SOFISA S/A				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.109	1.030,09 D	
		BANCO SOFISA S/A				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.110	574,69 D	
		BANCO SOFISA S/A				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.111	1.275,16 D	
		BANCO SOFISA S/A				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.112	828,01 D	
		BANCO SOFISA S/A				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.113	1.360,00 D	
		BIOMEDICAL				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.114	322,50 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.115	250,00 D	
		JOAO BOSCO FERRARA - ME				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.116	2.426,18 D	
		EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.117	954,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.118	850,16 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.119	8.155,50 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD				
21/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.120	532,00 D	0,00 C
		NOVA BRASIL CASA DO HOTELEIRO				
23/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		8.982,25 C	
		23/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
23/06/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento		1.661	4.192,01 D	
23/06/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento		1.662	4.710,24 D	0,00 C
28/06/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		15.778,69 C	
		28/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090156 - Hospital Geral
Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

28/06/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	550.148.000.005.406	367,10 D	
		28/06 0148 5406-2 DROGARIA GERAL			
28/06/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	62.801	4.865,23 D	
		341 0049 042160334000172 TH ENGENHARIA			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.802	1.226,52 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.803	310,75 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.804	560,00 D	
		MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.805	85,05 D	
		RELOPONTO			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.806	1.300,26 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.807	2.840,63 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.808	1.264,65 D	
		BANCO SOFISA S/A			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.809	698,47 D	
		BANCO SOFISA S/A			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.810	1.059,97 D	
		BANCO SOFISA S/A			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.811	60,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
28/06/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	62.812	1.128,26 D	
		BANCO SOFISA S/A			
28/06/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	841.791.004.651.252	3,40 D	
		Cobrança referente a 24/06/2021			
28/06/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	841.791.004.651.253	3,40 D	0,00 C
		Cobrança referente a 24/06/2021			
30/06/2021	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	702.498,09 C	
		30/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
30/06/2021	0000	00000 999 S A L D O			702.498,09 C

Valores bloqueados	
DEMAIS VALORES BLOQ.	629,52

Saldo	702.498,09C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	30/06/2021
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/07/2021

Transação efetuada com sucesso por: JA015962 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Consultas - Emissão de comprovantes

G3340413562039571
04/07/2021 17:15:11

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790014039000001176868011554109486400000044280
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.101
DATA DE VENCIMENTO	03/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	442,80
VALOR COBRADO	442,80

NR.AUTENTICACAO 9.516.B3B.EF3.B87.6EB

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH [illegible] HAL, 07[illegible] CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGU[illegible] - SP
TEL: (18)3642-4390

[illegible]NTE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000165788 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0503 7487 6900 0180 5500 1000 1657 8812 0215 2092

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	135210490577665 05/05/2021 09:23:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	05/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	05/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		09:20:31

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	165788	442,80	0,00	442,80

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	03/06/2021	442,80									

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	117,92	442,80
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	442,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000004931	COPO PLAST. KEROCOPO 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	118,00	0,00	118,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	12,80	0,00	12,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	5,000	12,80	0,00	64,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000004448	PAPEL CHAMEX A-4 C/500 UND	48025610	060	5405	und	10,000	24,80	0,00	248,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Promissão

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 56,93 Federal, 60,98 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (B95EF4).	Convênio nº 00004/2021 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Cury" de Promissão Tipo de Despesa: Custeio

Transmitido por DocFix

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191090400136731293981658220009286410000101232
BENEFICIARIO:
TICKET SERVICOS S/A
NOME FANTASIA:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.102
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.012,32
VALOR COBRADO	1.012,32

NR.AUTENTICACAO C.18C.7F0.5CE.6E3.B0C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

J.R Promissão

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 239149 Série D3, emitido em 29/04/2021

20210507u4786693400017 4

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
29343309	29/04/2021 07:55:33	CMZB-CBKK

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**
Nome/Razão Social: **TICKET SERVICOS S.A**
Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **wgalenti@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R$1.036,15
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$23,83
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Pedido Web: 924525 Ped GP: 33532374 Contrato: 2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$0,00
Data de Vencimento: 04/06/2021

VALOR TOTAL: R$1.012,32

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 0,00

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

Código do Serviço
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 239149 Série D3, emitido em 29/04/2021;

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 indicata.

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket® uma marca Edenred

Ticket Serviços S/A
Av. Dra. Ruth Cardoso, 7815 - Torre II 4º, 6º e 7º andares
Pinheiros - São Paulo - SP - CEP 05425-070

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09040 01367.312939 81658.220009 2 86410000101232

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A	2938/16582-2	R$		109/04013673-1

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.MB-239149	47.866.934/0001-74	04/06/2021	1.012,32

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09040 01367.312939 81658.220009 2 86410000101232

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **04/06/2021**

Beneficiário
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A

Agência/Código do Beneficiário: **2938/16582-2**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
29/04/2021	1.MB-239149	DS	NAO	29/04/2021

Nosso Número: **109/04013673-1**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento
		R$		

(=) Valor do Documento: **1.012,32**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO
COBRAR MORA DIARIA DE: R$0,51
***** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS *****
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA **45.349.461/0001-02**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 - JARDIM ARIANO - 16400400 - LINS - SP

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 924525
Valor (R$): 1.036,15
Realizado em: 28/04/2021
Método Pagamento: Faturamento

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Data de Crédito:
Data de Entrega: 03/05/2021
Valor dos Benefícios (R$): 1.036,15
Quantidade de Beneficiários: 6

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
275.748.668-30	38	ARETUZA F C RI	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47
307.283.138-63	2081	MARCIA A M RIBE	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47
405.914.448-79	40591444879	MARIA LAURA MARTINS	AHBB PROMISSAO				R$ 255,99
361.830.508-73	36183050873	PRISCILLA C C DINA	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47
255.373.548-02	30	SANDRA R C BALBINO	AHBB PROMISSAO				R$ 158,47
358.536.168-46	31	SHAWANA DE SOUZA	AHBB PROMISSAO				R$ 146,28

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PROMISSAO		03/05/2021	6	R$ 1.036,15
			TOTAL BENEFÍCIOS	6	R$ 1.036,15

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 1.036,15
TOTAL	R$ 1.036,15

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

NOTA DE DEBITO

Número	239149-ND
Data de Emissão	29/04/2021

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

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

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R$1.036,15
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$23,83
Pedido Web: 924525 Ped GP: 33532374 Contrato: 2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R$ 1.012,32

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
239149-ND	R$ 1.012,32	04/06/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 239149 de 29/04/2021 16.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPE 4202196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191090400136715293981658220009186410001678434

BENEFICIARIO:
TICKET SERVICOS S/A
NOME FANTASIA:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SERVICOS S/A
CNPJ: 47.866.934/0001-74
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.103
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	16.784,34
VALOR COBRADO	16.784,34

NR.AUTENTICACAO 7.FC4.0FD.D8F.2B1.D84

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VA - Promissão

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 239147 Série D3, emitido em 29/04/2021

20210507u47866934000174

Número da Nota	**29343304**
Data e Hora de Emissão	**29/04/2021 07:55:33**
Código de Verificação	**D9LJ-PEZV**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**
Nome/Razão Social: **TICKET SERVICOS S.A**
Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **wgalenti@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R$17.092,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$307,66
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Pedido Web: 924522 Ped GP: 33532373 Contrato: 2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$0,00
Data de Vencimento: 04/06/2021

VALOR TOTAL: R$16.784,34

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 0,00

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

Código do Serviço
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 239147 Série D3, emitido em 29/04/2021;

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 indicata.

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket® uma marca Edenred

Ticket Serviços S/A
Av. Dra. Ruth Cardoso, 7815 - Torre II 4º, 6º e 7º andares
Pinheiros - São Paulo - SP - CEP 05425-070

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09040 01367.152939 81658.220009 1 86410001678434

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A	2938/16582-2	R$		109/04013671-5

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.MB-239147	47.866.934/0001-74	04/06/2021	16.784,34

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09040 01367.152939 81658.220009 1 86410001678434

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **04/06/2021**

Beneficiário
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A

Agência/Código do Beneficiário: **2938/16582-2**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
29/04/2021	1.MB-239147	DS	NAO	29/04/2021	109/04013671-5

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento
		R$			16.784,34

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO
COBRAR MORA DIARIA DE: R$8,39
***** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS *****
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA **45.349.461/0001-02**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 - JARDIM ARIANO - 16400400 - LINS - SP

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 924522
Valor (R$): 17.092,00
Realizado em: 28/04/2021
Método Pagamento: Faturamento

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Data de Crédito:
Data de Entrega: 03/05/2021
Valor dos Benefícios (R$): 17.092,00
Quantidade de Beneficiários: 43

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
104.023.558-14	4	ADRIANA S M BAZAN	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
344.289.598-77	34428959877	ALESSANDRA ALVES SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
067.209.378-20	6720937820	ALESSANDRA DE MACEDO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
300.731.678-27	3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
440.860.498-48	44086049848	ANDREZA P P MUNDA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
276.091.198-57	5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
322.696.618-93	2426	APARECIDA C NASCIMENT	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
275.748.668-30	38	ARETUZA F C RI	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
052.195.065-10	5219506510	BEATRIZ SANTOS RAMOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
078.482.718-46	10	CLAUDINEIA COSTA SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
217.097.448-20	40	CRISTIANA ARANHA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
308.741.158-25	12	EDUARDA L G SANDES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
439.134.428-98	43913442898	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
369.984.568-08	36998456808	ELISA D M CASTELAN	AHBB PROMISSAO	R$ 200,00
380.936.238-76	38093623876	ELISANGELA ALVES SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
323.854.508-60	32385450860	FABIANA XAVIER SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
298.752.688-10	29875268810	GISELE ROSA COELHO SOUZA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
351.009.688-69	35100968869	GISLAINE C H FRE	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket® Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Data de Crédito:

Data de Entrega: 03/05/2021

Valor dos Benefícios (R$): 17.092,00

Quantidade de Beneficiários: 43

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
407.996.948-19	40799694819	GREGORY AGUIAR ALMEIDA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
482.958.838-10	48295883810	GUILHERME H C SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
145.689.928-77	2075	IZABEL C F PALHA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
395.058.738-16	39505873816	JORGE LUIZ MOURA BARRETO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
402.282.118-32	40228211832	JOYCE GARCIA DOS SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
245.841.608-05	13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
418.674.978-75	41867497875	LARISSA SOUZA RODRIGUES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
324.444.418-00	1868	LIDIANE MERCE SILVA LEAL	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
215.502.518-13	18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
294.311.208-95	29431120895	LUZIMARA LOPES DA SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
307.283.138-63	2081	MARCIA A M RIBE	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
145.688.698-38	24	MARCIA M B CANDIO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
345.644.938-09	41	MARIA A P LAMONATO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
405.914.448-79	40591444879	MARIA LAURA MARTINS	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
309.171.838-78	30917183878	MICHELLE G GONCALVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
311.590.058-93	31159005893	MONICA TERRUEL	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
029.450.008-14	2945000814	NATALICE O N BONFIM	AHBB PROMISSAO	R$ 200,00
216.869.928-31	2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
361.830.508-73	36183050873	PRISCILLA C C DINA	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
147.484.228-31	26	RENATA FERREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
337.884.598-83	33788459883	ROGERIO T A PEREI	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
255.373.548-02	30	SANDRA R C BALBINO	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
358.536.168-46	31	SHAWANA DE SOUZA	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
432.468.768-43	43246876843	THAINA REIS PIO SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 200,00
344.157.558-01	34415755801	VAGNER R P MARIANO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket . Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PROMISSAO		03/05/2021	43	R$ 17.092,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	43	R$ 17.092,00

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 17.092,00
TOTAL	R$ 17.092,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

NOTA DE DEBITO

Número	Data de Emissão
239147-ND	29/04/2021

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

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

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 1 R$17.092,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$307,66
Pedido Web: 924522 Ped GP: 33532373 Contrato: 2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R$ 16.784,34

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
239147-ND	R$ 16.784,34	04/06/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 239147 de 29/04/2021

Convenio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004717877701049186410000142070
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.104
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.420,70
VALOR COBRADO	1.420,70

NR.AUTENTICACAO 1.CB3.0F0.C64.986.20F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA [1]

Nº 199310
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0411 2060 9900 0441 5500 1000 1993 1010 0003 0801

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
135210435974267 22/04/2021 14:05:05

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	22/04/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	22 ABR. 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	20/05/2021	1.420,71	002	04/06/2021	1.420,70

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
2.841,41	426,77	0,00	0,00	2.841,41

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.841,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SÃO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
38	CAIXA			375,90	375,90

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
29572	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 500ML 20FR-ECOFLAC LT 21027338D2 (8) 01/2024 (Fornecedor: 2975, Lote: 21027338D2, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2024)	30049099	300	5102	CX	8	52,7513	422,01	422,01	75,96		18,00	
29569	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 1000ML 10FR-ECOFLAC LT 20525356C2 (16) 12/2023 (Fornecedor: 2975, Lote: 20525356C2, Qtde: 16 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/2023)	30049099	300	5102	CX	16	38,6000	617,60	617,60	111,17		18,00	
15642	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 60 FRA 100ML-FARMACE LT 20I0462A (6) 09/2022 \ LT 20I4983B (7) 09/2022 \ LT 20I4986B (1) 09/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: 20I0462A, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022 / Fornecedor: 2385, Lote: 20I4983B, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022 / Fornecedor: 2385, Lote: 20I4986B, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 30/09/2022)	30039099	000	5102	CX	14	128,7000	1.801,80	1.801,80	239,64		13,30	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R7V3811
Pedido: 198881
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,87

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191128616103339293980127350009186410000195000
BENEFICIARIO:
CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT
NOME FANTASIA:
CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT
CNPJ: 44.734.671/0001-51
BENEFICIARIO FINAL:
CRISTALIA PRODS QUIM FARMACEUT
CNPJ: 44.734.671/0004-02
PAGADOR:
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.105
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.950,00
VALOR COBRADO	1.950,00

NR.AUTENTICACAO E.F0E.2D2.F9C.7C6.70F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA
ROD ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14 - FAZ E CRISTALIA
Itapira - SP - CEP 13974-900
L 4)38439500 - www.cristalia.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº.2934541 FL 1 / 1
SÉRIE 10

CHAVE DE ACESSO
3521 0444 7346 7100 0151 5501 0002 9345 4118 0782 4872
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
5.101 VENDA DE PRODUTO	135210384689015 09/04/2021 21:29:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
374007758117		44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BRASIL (23292 - 4894683E)			45.349.461/0001-02	09/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRDA\SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400		10/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	0151435325198	SP	ISENTO	18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2934541/01	07/05/2021	1.950,00	2934541/02	04/06/2021	1.950,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.900,00	702,00	0,00	0,00	3.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 – Emitente				06.321.409/0007-81

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA(S)			2,100	1,800

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
41.3863	ROCURON 10mg/mL Sol. Inj. - 25fa X 5mL - Lis:POS - Trib apro x RS: 524,55 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co 42CA6E. Lote: 21030096 - Qtd: 6,0000	3004.90.79	000	5101	CX	6,0000 Val: 03/2023	650,0000	3.900,00	3.900,00	702,00	0,00	18,00	0,00

ATENÇÃO
ESTE PRODUTO DEVE SER ARMAZENADO SOB REFRIGERAÇÃO
NÃO CONGELAR

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA	RESERVADO AO FISCO
	Promessa

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Ped: 4894683E - Rep: 13304 -Prod. Lista Positiva: 3.900,00 - NE: 595889 -DIRETA - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: LAIS MARANI SILVA - CRM 53551-SP - Trib aprox R$: 524,55 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 42CA6 E.Transp. Redespa:Quality Transportes e Entregas Rapidas Ltda. CPF/CNPJ:06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL:795549474111 - BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itau S/A (341)-AG: 000011- C/C 000010069-0 C OD.IDENT.: NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002014-1 COD.IDENT.: 023292-0 . Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: cobranca.boleto@cristalia.com.brr

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100913160172286410000069486
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.106
NOSSO NUMERO	17115360000913160
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	694,86
VALOR COBRADO	694,86

NR.AUTENTICACAO D.768.75B.2D4.8E6.58C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1431915 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4319 1518 1914 6464

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 DENTRO ESTADO		135210504419107 07/05/2021 19:40:53
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	07/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		07/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1431915/1	04/06/2021	694,86						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
694,86	97,53	0,00	0,00	694,86

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	694,86

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,07055	21,750	21,750

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
011289	SERINGA DESC 20ML SEM AGULHA L.SLIP (BD) L: 1083021 Q: 500,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2026, nFCI: 3DB4184A-09E4-4B27-9612-DC6712F6F5A0	90183119	500	5102	PC	500,00	0,9179	458,95	458,95	55,07	0,00	12,00	0,00
030168	CLOREXIDINA 0,12% 1000ML (VIC PHARMA) L: C9349 Q: 12,0000 F: 30/01/21 V: 30/01/2023	33069000	000	5102	L	12,00	19,6589	235,91	235,91	42,46	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 08/05/2021 Pedido: 1919224 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1919224 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004717879301046786410000316907
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.107
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.169,07
VALOR COBRADO	3.169,07

NR.AUTENTICACAO 9.2DC.E08.C28.D38.8E3

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 205487
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2054 8710 0130 1759

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	135210499146188 06/05/2021 18:26:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	06/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 MAI 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 04/06/2021 3.169,07

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
3.041,15	540,11	0,00	0,00	3.169,07

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.169,07

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXA			29,88	29,88

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
29642	APARELHO BARBEAR DESC. 01L C/24-BIC LT 29-642228533 (1) 04/2026 (Fornecedor: 1787, Lote: 29642228533, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/-04/2021, Data Val: 16/04/2026)	82121020	460	5405	PCT	1	13,5900	13,59					
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4301N4 (2) 10/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4301N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	400	5102	CX	2	9,1600	18,32	18,32	2,44		13,30	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53120051 (3) 05/2025 (Fornecedor: 1, Lote: 5312005-1, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183219	200	5102	CX	3	9,9500	29,85	29,85	3,97		13,30	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 204P4 (10) 01/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 204P4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2026)	90183219	400	5102	CX	10	10,7110	107,11	107,11	14,24		13,30	
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200820 (3) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200820, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90189010	200	5102	CX	3	24,5933	73,78	73,78	13,28		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R6V5R2V1||UTI PROMISSÃO CONVENIO 031/2015
ITEM 12 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 1 SUBST. TRIBUTARIA ITEM 69, ANEXO XI, PORTARIA CAT 68/2019
ITEM 1 ICMS-ST retido por operação anterior base: 13,33 valor: 1,33
Pedido: 205147
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,19

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 205487
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2054 8710 0130 1759

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./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210499146188 06/05/2021 18:26:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
29288	SONDA FOLEY 2V N.18 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0003 (1) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0003, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/-2025)	90183921	700	5102	PCT	1	27,7800	27,78	27,78	5,00		18,00	
29294	SONDA FOLEY 2V N.22 30CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/-2025)	90183921	700	5102	PCT	1	27,7800	27,78	27,78	5,00		18,00	
22990	CATETER IV 18G 1,3X45MM C/100-TKL LT 9054-4/239 (1) 07/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 90544/239, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90183929	200	5102	CX	1	76,0700	76,07	76,07	13,69		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 40/09 (10) 09/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 40/-09, Qtde: 10 ,Data Fab: 28/09/2020, Data Val: 28/09/2025)	90211020	020	5102	DZ	10	8,4400	84,40	19,41	3,49		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 22620S06AAAA (10) 04/2022 (Fornecedor: 1, Lote: 22620S06AAAA, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	90181100	200	5102	PCT	10	15,6550	156,55	156,55	28,18		18,00	
23053	C.G.7,5 X 7,5 11F N.ESTERIL-CLEAN LT 0601-01/21 (10) 01/2025 (Fornecedor: 1886, Lote: 060101/21, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/-2021, Data Val: 31/01/2025)	58030010	000	5102	PCT	10	8,8610	88,61	88,61	15,95		18,00	
26444	FRASCO P/DREN.TORAX.C/EXT.2000ML-MED SHARP REF. 1.0702.01 LT DM05042102 (2) 04/2023 (Fornecedor: 1452, Lote: DM05042102, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/-2023)	90183929	040	5102	UND	2	24,6700	49,34					
21985	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL G C/10-BLUES LT 20200052B (2) 07/2025 (Fornecedor: 799-0, Lote: 20200052B, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/07/2025)	39262000	200	5102	CX	2	571,3750	1.142,75	1.142,75	205,70		18,00	
3617	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-ORTOBOM LT 265 (4) 11/2025 (Fornecedor: 259, Lote: 265, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	30059090	000	5102	DZ	4	7,3975	29,59	29,59	5,33		18,00	
21986	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL M C/10-BLUES LT 20200084B (2) 10/2025 (Fornecedor: 799-0, Lote: 20200084B, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	39262000	200	5102	CX	2	571,3750	1.142,75	1.142,75	205,70		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT H844 (1) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H844, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183111	200	5102	CX	1	100,8000	100,80	100,80	18,14		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:58
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004717880701044986410000057020

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.108
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	570,20
VALOR COBRADO	570,20

NR.AUTENTICACAO 5.1E5.1A4.43C.0B0.5D2

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 514960
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5149 6010 0009 7790

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214146988508 06/05/2021 18:58:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	06/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 04/06/2021 570,20

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
570,20	39,32	0,00	0,00	570,20

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	570,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7	CAIXA			21,57	21,57

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
21523	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-DESCARBOX ECOLOGIC LT 4432 (1)05/25 (Fornecedor: 20-14, Lote: 4432, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/-2020, Data Val: 30/05/2025)	48191000	000	6108	CX	1	132,1000	132,10	132,10	15,85		12,00	
28685	DERMATROL AGE 200ML-TROL LT 126 (12)03/23 (Fornecedor: 1883, Lote: 126, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/20-23)	15121919	000	6108	UND	12	6,1967	74,36	74,36	8,92		12,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H551 (4)07/25 (Fornecedor: 1156, Lote: H551, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183119	200	6108	CX	4	83,3225	333,29	333,29	13,33		4,00	
21840	INF.MULT.2V C/CLAMP C/4-0-DESCARPACK LT SEUUAA0019 (1)12/24 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0019, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/12/-2024)	90189010	200	6108	PCT	1	30,4500	30,45	30,45	1,22		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO CONVENIO 031/2015;# R 46 B 4
ITEM 3 e 4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 47,65
Pedido: 482749
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,17

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:59
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004717881501047386410000103342
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.109
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.033,42
VALOR COBRADO	1.033,42

NR.AUTENTICACAO 2.60F.1C2.789.EFF.A87

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 514961
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5149 6110 0071 1975

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
131214146988513 06/05/2021 18:58:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	06/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 04/06/2021 1.033,42

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
1.033,42	76,25	0,00	0,00	1.033,42

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.033,42

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXA			14,83	14,83

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
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 21-010230 (1)12/22 (Fornecedor: 47, Lote: 21-010230, Qtde: 1 ,Data Fab: 28/12/2020, Data Val: 28/12/2022)	30049099	300	6108	CX	1	597,0000	597,00	597,00	23,88		4,00	
29987	OMOPREL 20MG 56CAP-BELFAR LT 11112 (2)01/-23 (Fornecedor: 6348, Lote: 011112, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/01/2021, Data Val: 28/01/-2023)	30049069	000	6108	CX	2	5,9800	11,96	11,96	1,44		12,00	
23399	CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.-GEN-EMS LT 2E5811 (10)01/23 (Fornecedor: 335, Lote: 2E5811, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	30042029	500	6108	CX	10	29,2230	292,23	292,23	35,07		12,00	
13714	DEXAMETASONA 0,1% CREME 10GR GEN-PRATI DONADUZZI LT 20L271 (3)12/22 (Fornecedor: 9706, Lote: 20L271, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 31/12/2022)	30043999	000	6108	TB	3	1,3700	4,11	4,11	0,49		12,00	
22014	CARVEDILOL 12,5MG 30CP GEN-EMS LT 2A4016 (1)11/22 (Fornecedor: 335, Lote: 2A4016, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/11/2020, Data Val: 25/11/2022)	30049069	500	6108	CX	1	5,0700	5,07	5,07	0,61		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015;# R 46 B 4
ITEM 1 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 91,42
Pedido: 482750
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Mercadoria avariadas, ou falhas
só serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.

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 514961
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5149 6110 0071 1975

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
131214146988513 06/05/2021 18:58:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

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
22043	CARVEDILOL 6,25MG 30CP GEN-EMS LT 2A0338 (1)11/22 (Fornecedor: 335, Lote: 2A0338, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/11/2020, Data Val: 12/11/2022)	30049069	500	6108	CX	1	4,4100	4,41	4,41	0,53		12,00	
30090	ALCOOL 70% 1LT TRANS C/12 DESINF-TUPI LT A7N112204/N (1)04/23 (Fornecedor: 3107, Lote: A7N112204/N, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/-04/2021, Data Val: 30/04/2023)	38089429	000	6108	CX	1	68,7900	68,79	68,79	8,25		12,00	
19247	CLOREX DEGERM 2% 100ML CX C/24-VICPHARMA LT M28609 (1)01/24 (Fornecedor: 7744, Lote: M28609, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2024)	30039099	000	6108	CX	1	49,8500	49,85	49,85	5,98		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:59
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004717882301041186410000141373
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.110
DATA DE VENCIMENTO	04/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.413,73
VALOR COBRADO	1.413,73

NR.AUTENTICACAO 3.412.605.434.5CF.CFE

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Materiais Médicos Supermed Hospitalares

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 515274
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5152 7410 0063 6790

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214149013799 07/05/2021 21:57:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)		45.349.461/0001-02	07/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	10 MAIO 2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX** / **UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198 / SP		

FATURA / DUPLICATA

001 04/06/2021 1.413,73

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
1.413,73	169,65	0,00	0,00	1.346,41

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
67,32	0,00		0,00	0,00	1.413,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE			MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			0,30	0,30

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
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 21010111 (1)12/22 21040600 (1) 04/23 (Fornecedor: 47, Lote: 21010111, Qtde: 1 ,Data Fab: 07/12/2020, Data Val: 07/12/20-22 / Fornecedor: 47, Lote: 21040600, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/-2023)	30049099	000	6108	CX	2	673,2050	1.346,41	1.413,73	169,65		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI-ADULTO PROMISSÃO

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#B19
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 84,82
Pedido: 483011
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,00

RESERVADO AO FISCO

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 3239-5 - RIO CENTRO DA BARRA
CONTA: 24.857-2

FAVORECIDO: BW DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LT
CPF/CNPJ: 26.701.170/0001-97
VALOR: R$ 5.346,00
DEBITO EM: 01/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060111
AUTENTICACAO SISBB: 2.5AA.305.79B.2A7.2C8

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BW DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

RUA DA SOJA , 94 - 94 A
PENHA CIRCULAR
RIO DE JANEIRO - RJ
21011100

Fone: 2125271912

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 20469
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3321.0626.7011.7000.0197.5500.1000.0204.6916.8812.6110

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 re	333210087687097 / 02/06/2021 - 16:33:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBT. TRIBUT.	CNPJ
87275671		26.701.170/0001-97

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	02/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES , 303 - SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400		02/06/2021
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP			

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	**NÚMERO**	**COMPLEMENTO**		**CEP**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES	303	SALA 03		16400-400
BAIRRO / DISTRITO	**MUNICÍPIO**	**UF**		**FONE / FAX**
JARDIM ARIANO	LINS	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	02/06/2021	5.346,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T. + FCP ST	VALOR ICMS DESON	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.346,00	641,52	0,00	0,00	0,00	5.346,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS**	**VALOR TOTAL DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.346,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
AIRTIME SERVICOS DE	EMITENTE				39546254000145
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA JOAO TORQUATO,100	RIO DE JANEIRO			RJ	
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NÚMERO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**
				0,000	0,000

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
53493	DIAZEPAM 5MG 2ML 100 AMP Reg.MS:1018600300011 Lt: 20102721 Val.: 01/04/2023 Qtd.: 18	30049064	000	6108	CX	18	297,00000	0,00	5346,00	5346,00	641,52	0,00	12	0

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
ICMS UF destino: 320,76-ICMS UF Origem: 0,00-FCP:0,00 ALIQUOTA FCP: % Pedido No: 3523 COMISSAO DE DEFESA DO CONSUMIDOR DA ALERJ : RUA 1o DE MARCO S N, PALACIO TIRADENTES, CENTRO, RIO DE JANEIRO, CEP 20010-000_TEL 021 - 2588-1612 OU 0800-282706 - PROCON:RUA DA AJUDA, No05, SUB SOLO, CEP: 20040-000, CENTRAL DO BRASIL, PCA CRISTIANO OTTON, S N, SUB SOLO, CEP: 20221-250, CENTRO, RIO DE JANEIRO, RJ - DISQUE PROCON. 151 SOLICITADO POR ANDERSON	UTI - ADULTO PROMISSÃO 15/06/21 Eduardo

WSGE v2021.2.0.2

Hora: 14:16

Pedido Nº: 3523

RESERVA DE PEDIDO

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - 222
C.N.P.J: 45.349.461/0001-02 Inscrição Estadual: ISENTO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 Bairro: JARDIM ARIANO
LINS - SP Cep: 16400-400
Telefone: /

Data : 01/06/2021

Código	Descrição do Produto	Apres.	Marca	Qtd	Vl.Unit.	D/A%	Vl.Total
53493	DIAZEPAM 5MG/2ML 100 AMP Reg.MS:1018600300011	CX C/100	SANTISA	18	297,00	0	5.346,00
					Valor Total dos Produtos : R$		**5.346,00**

Obs. do Pedido.. : BOA TARDE.

ESTAMOS AGUARDANDO AUTORIZAÇÃO DO NOSSO FINANCEIRO.

PARCELAS

PARCELA	FORMA DE PAGAMENTO	Dias	VENCIMENTO	VALOR
1	Transferência Bancária	0	01/06/2021	5.346,00

Local e data: RIO DE JANEIRO, 01 de junho de 2021
Vendedor : 3 - WALLAN LUIZ.

WALLAN LUIZ

Separado por | Conferido por | Liberado por | Faturado por

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

01/06

04/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:16:42
014800148 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 04/06/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.027.375
VALOR TOTAL 7.253,14
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MICHELLE G GONCALVES
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 27.375-9
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO F.9F8.E5B.032.21E.69B

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620, SALA 1				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
PROMISSAO	SP	16.370-000	8610-1/01	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome				
126.47271.16-1	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)					13 Bairro
Avenida ADEMAR BARROS , 885					CENTRO
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)		18 CPF
PROMISSAO	SP	16.370-000	86510 - 00221 / SP		309.171.838-78
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe				
16/03/1982	ANGELA CECILIA GOUVEIA GONÇALVES				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato
1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
1.695,50	22/01/2018	25/05/2021	25/05/2021	SJ2

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00	0,00	01 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 25/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.225,98	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 177,42	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	R$ 706,46	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R$ 565,17	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 22/01/2020 a 21/01/2021	R$ 1.702,18	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 802,88
69 - Aviso-Prévio Indenizado 39/dias	R$ 2.207,15	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R$ 141,29	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R$ 141,29
95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R$ 4,25				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 7.674,07**

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$ 357,35	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 63,58
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 420,93**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 7.253,14**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Gestão de Destinatário

Promi UTI 04/06

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome		
126.47271.16-1	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES		
17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
86310 - 00221 / SP	309.171.838-78	16/03/1982	ANGELA CECILIA GOUVEIA GONÇALVES

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento	29 Pensão Alim. (%) FGTS
22/01/2018	25/05/2021	25/05/2021	SJ2	0,00

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.
Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Birigui / 11 de junho de 2021.

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Michelle Gouveia Gonçalves

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

04/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:16:42
014800148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 04/06/2021
NR. DOCUMENTO 556.600.000.009.819
VALOR TOTAL 330,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RONALDO LUCIANO DA SILVA
AGENCIA: 6600-1 CONTA: 9.819-1
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO F.502.1B0.4E8.A7F.911

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal de Administração e Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada - NFS-e

Número da Nota	123
Data de Emissão	01/06/2021
Data e Hora da Competência	01/06/2021 às 17:35:06
Código de Verificação	8669-0051-8202

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	24.772.723/0001-77	Cód. Mobiliário	103751	Insc. Mun.	103751
Nome	RONALDO LUCIANO DA SILVA 13097052836			RG/IE	ISENTO
Logradouro	AVENIDA.-JOAO BOSSONARO			Número	30
Bairro	RESIDENCIAL SANTA LUCIA			CEP	16402-530
Município	LINS			UF	SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional				
Telefones					
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

Dentro do País	Sim		
CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVICOS DE MOTO TAXI	330,0000	1,00	0,00	0,00	330,00

Valor Total dos Serviços - R$330,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL DA NOTA = R$330,00

Atividade

4923001-Serviço de táxi

[LISTA_SERVIÇO] / LCF 116/2003

16.01-SERVIÇOS DE TRANSPORTE COLETIVO MUNICIPAL RODOVIÁRIO, METROVIÁRIO, FERROVIÁRIO E AQUAVIÁRIO DE PASSAGEIROS. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE NATUREZA MUNICIPAL.

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço	Responsável pelo Imposto
Microempreendedor	Dentro do Município	Prestador dos Serviços

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: RONALDO LUCIANO DA SILVA 13097052836 CNPJ: 24.772.723/0001-77

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada n.º **123** emitida em **01/06/2021** às **17:35:06** - Cód Verif **8669-0051-8202**
Condições de Pagamento: Vencimento: 01/06/2021 Valor Total R$ **330,00** Valor Líquido R$ **330,00**
Ass: _____ em ____/____/_____
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio 04/06/

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.328,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ADRIANA SIMONE DE MORAES, na conta 113.459, agência 0148 do banco 001.

(Dois mil e trezentos e vinte e oito reais e cinqüenta e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	20/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.420,90	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	157,88	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	142,09	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	15,79	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	101,65	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	198,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	22,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	51,78	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	94,43	372,71	
998	I.N.S.S.	8,81		228,34
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		34,42

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.591,30	262,76
Valor Líquido ⇨	2.328,54

Banco do Brasil 1
conta corrente: 13459-7 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.591,30	2.591,30	207,30	2.362,96	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	20/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.420,90	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	157,88	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	142,09	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	15,79	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	101,65	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	198,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	22,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	51,78	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	94,43	372,71	
998	I.N.S.S.	8,81		228,34
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		34,42

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.591,30	262,76
Valor Líquido ⇨	2.328,54

Banco do Brasil 1
conta corrente: 13459-7 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.591,30	2.591,30	207,30	2.362,96	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.928,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA, na conta 6.013, agência 6885 do banco 001.

(Um mil e novecentos e vinte e oito reais e sessenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/11/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.140,56	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	114,06	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	97,64	
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	537,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	88,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		65,57
998	I.N.S.S.	8,24		179,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.173,32	244,66
Valor Líquido ⇨	1.928,66

Banco do Brasil 1
conta corrente: 6013-5 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.851,39	5.521,46	5.521,46	441,71	1.928,66	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
/ /
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/11/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.140,56	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	114,06	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	97,64	
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	537,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	88,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		65,57
998	I.N.S.S.	8,24		179,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.173,32	244,66
Valor Líquido ⇨	1.928,66

Banco do Brasil 1
conta corrente: 6013-5 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.851,39	5.521,46	5.521,46	441,71	1.928,66	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
/ /
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.311,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANTONIO MARCOS ESTEVES, na conta 86.793, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e trezentos e onze reais e sessenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		15/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	905,46	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	905,46	
93	QUINQUENIO	73,97	36,99	
94	ADIC PVDP	44,38	22,19	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	90,55	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	90,55	
9234	QUINQUENIO IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	2,00	90,55	
9251	ADIC PVDP	44,38	22,19	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	110,00	
998	I.N.S.S.	8,76		223,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		17,68

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.553,05	241,43
Valor Líquido ⇨	2.311,62

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 86793-4 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.553,05	2.553,05	204,24	2.139,71	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

____/____/____
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		15/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	905,46	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	905,46	
93	QUINQUENIO	73,97	36,99	
94	ADIC PVDP	44,38	22,19	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	90,55	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	90,55	
9234	QUINQUENIO IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	2,00	90,55	
9251	ADIC PVDP	44,38	22,19	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	110,00	
998	I.N.S.S.	8,76		223,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		17,68

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.553,05	241,43
Valor Líquido ⇨	2.311,62

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86793-4 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.553,05	2.553,05	204,24	2.139,71	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

____/____/____
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.156,84 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a APARECIDA CARDOSO DO NASC, na conta 86.792, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e cento e cinqüenta e seis reais e oitenta e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	08/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	72,64	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	39,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	110,32	302,68	
998	I.N.S.S.	8,22		173,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.330,23	173,39
Valor Líquido ⇨	2.156,84

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86792-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.109,89	2.109,89	168,79	1.746,91	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	08/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	72,64	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	39,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	110,32	302,68	
998	I.N.S.S.	8,22		173,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.330,23	173,39
Valor Líquido ⇨	2.156,84

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86792-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.109,89	2.109,89	168,79	1.746,91	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 3.636,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ARETUZA FERNANDES DE CAST, na conta 86.791, agência 0295 do banco 001.

(Três mil e seiscentos e trinta e seis reais e oitenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	19/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.755,64	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	275,56	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	171,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	98,10	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	103,52	713,16	
998	I.N.S.S.	10,56		457,38
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		235,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.329,30	692,43
Valor Líquido ⇨	3.636,87

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86791-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	4.329,30	4.329,30	346,34	3.871,92	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	19/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.755,64	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	275,56	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	171,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	98,10	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	103,52	713,16	
998	I.N.S.S.	10,56		457,38
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		235,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.329,30	692,43
Valor Líquido ⇨	3.636,87

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86791-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	4.329,30	4.329,30	346,34	3.871,92	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.951,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a BEATRIZ SANTOS RAMOS, na conta 27.184, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e novecentos e cinqüenta e um reais e sessenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	25,12	68,92	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	106,44	292,04	
998	I.N.S.S.	8,22		174,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.126,55	174,88
Valor Líquido ⇨	1.951,67

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27184-5 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.126,55	2.126,55	170,12	1.762,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	70,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	25,12	68,92	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	106,44	292,04	
998	I.N.S.S.	8,22		174,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.126,55	174,88
Valor Líquido ⇨	1.951,67

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27184-5 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.126,55	2.126,55	170,12	1.762,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.915,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a CRISTIANA ARANHA, na conta 86.789, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e quinze reais e vinte e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
40	CRISTIANA ARANHA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	25/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.408,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,84	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	46,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	8,24	29,01	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	55,14	194,15	
998	I.N.S.S.	8,21		171,28

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.086,50	171,28
Valor Líquido ⇨	1.915,22

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86789-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.086,50	2.086,50	166,92	1.915,22	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
40	CRISTIANA ARANHA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	25/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.408,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,84	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	46,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	8,24	29,01	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	55,14	194,15	
998	I.N.S.S.	8,21		171,28

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.086,50	171,28
Valor Líquido ⇨	1.915,22

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86789-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.086,50	2.086,50	166,92	1.915,22	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.598,82 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a EDUARDA LUCIO GABILO SAND, na conta 26.569, agência 0148 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e noventa e oito reais e oitenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		03/01/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	123,24	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	64,93	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	121,48	513,51	
998	I.N.S.S.	9,17		268,19
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		56,34

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.923,35	324,53
Valor Líquido ⇨	2.598,82

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26569-1 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.923,35	2.923,35	233,86	2.655,16	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		03/01/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	123,24	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	64,93	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	121,48	513,51	
998	I.N.S.S.	9,17		268,19
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		56,34

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.923,35	324,53
Valor Líquido ⇨	2.598,82

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26569-1 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.923,35	2.923,35	233,86	2.655,16	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a FABIANA XAVIER DOS SANTOS, na conta 27.191, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27191-8 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27191-8 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 832,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GISLAINE CRISTINA HERREIR, na conta 15.254, agência 6600 do banco 001.

(Oitocentos e trinta e dois reais e setenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRI	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		11/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	715,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	71,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,75
998	I.N.S.S.	7,50		67,81

Total de Vencimentos	Total de Descontos
904,26	71,56
Valor Líquido ⇨	832,70

anco do Brasil 1
onta corrente: 15254-4 Agência: 6600 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.965,09	2.812,84	225,02	832,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRI	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		11/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	715,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	71,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,75
998	I.N.S.S.	7,50		67,81

Total de Vencimentos	Total de Descontos
904,26	71,56
Valor Líquido ⇨	832,70

anco do Brasil 1
onta corrente: 15254-4 Agência: 6600 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.965,09	2.812,84	225,02	832,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GUILHERME HENRIQUE COSTA, na conta 26.860, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	23/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 26860-7 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	23/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 26860-7 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.530,57 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a IZABEL CRISTINA FERREIRA, na conta 86.786, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e trinta reais e cinqüenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE (	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.296,65	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	1,00	44,71	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	129,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	7,33	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	1,00		52,04
998	I.N.S.S.	8,01		133,24

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,85	185,28
Valor Líquido ⇨	1.530,57

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86786-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.663,81	1.663,81	133,10	1.151,39	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE (	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.296,65	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	1,00	44,71	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	129,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	7,33	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	1,00		52,04
998	I.N.S.S.	8,01		133,24

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.715,85	185,28
Valor Líquido ⇨	1.530,57

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86786-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.663,81	1.663,81	133,10	1.151,39	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 4.825,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a KARINA ZIMIANI DONALONSO, na conta 86.784, agência 0295 do banco 001.

(Quatro mil e oitocentos e vinte e cinco reais e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:	18/09/2006	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.053,84	
93	QUINQUENIO	124,74	124,74	
94	ADIC PVDP	65,43	65,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	305,38	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	289,49	
200	HORAS EXTRAS 100%	24,00	1.206,20	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	600,00	
998	I.N.S.S.	11,56		703,57
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		559,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
6.087,80	1.262,74
Valor Líquido ⇨	4.825,06

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86784-5 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.053,84	6.087,80	6.087,80	487,02	5.194,64	27,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:	18/09/2006	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.053,84	
93	QUINQUENIO	124,74	124,74	
94	ADIC PVDP	65,43	65,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	305,38	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	289,49	
200	HORAS EXTRAS 100%	24,00	1.206,20	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	600,00	
998	I.N.S.S.	11,56		703,57
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		559,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
6.087,80	1.262,74
Valor Líquido ⇨	4.825,06

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86784-5 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.053,84	6.087,80	6.087,80	487,02	5.194,64	27,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 000042021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LARISSA DE SOUZA RODRIGUE, na conta 27.422, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	10/02/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27422-4 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	10/02/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27422-4 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convenio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 3.874,34 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LIDIANE MERCE DA SILVA LE, na conta 76.106, agência 0058 do banco 001.

(Três mil e oitocentos e setenta e quatro reais e trinta e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/04/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	30,00	2.523,54	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	252,35	
200	HORAS EXTRAS 100%	24,00	958,68	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	26,00	164,03	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	74,00	466,85	
998	I.N.S.S.	10,83		507,26
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		303,99

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.685,59	811,25
Valor Líquido ⇨	3.874,34

anco do brasil 1
onta corrente: 76106-0 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.523,54	4.685,59	4.685,59	374,84	4.178,33	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		01/04/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	30,00	2.523,54	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	252,35	
200	HORAS EXTRAS 100%	24,00	958,68	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	26,00	164,03	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	74,00	466,85	
998	I.N.S.S.	10,83		507,26
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		303,99

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.685,59	811,25
Valor Líquido ⇨	3.874,34

anco do brasil 1
onta corrente: 76106-0 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.523,54	4.685,59	4.685,59	374,84	4.178,33	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0000/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.749,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA, na conta 5.826, agência 6885 do banco 001.

(Dois mil e setecentos e quarenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	13/10/2008	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	124,05	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	114,17	516,88	
998	I.N.S.S.	9,33		288,29
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		53,18

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.090,88	341,47
Valor Líquido ⇨	2.749,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	3.090,88	3.090,88	247,27	2.613,00	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	13/10/2008	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	124,05	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	114,17	516,88	
998	I.N.S.S.	9,33		288,29
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		53,18

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.090,88	341,47
Valor Líquido ⇨	2.749,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	3.090,88	3.090,88	247,27	2.613,00	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 000047/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.868,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA APARECIDA MORILHAS, na conta 86.783, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e sessenta e oito reais e cinqüenta e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	9,45		305,86
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		62,84

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.237,25	368,70
Valor Líquido ⇨	2.868,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86783-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	3.237,25	3.237,25	258,98	2.741,80	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	9,45		305,86
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		62,84

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.237,25	368,70
Valor Líquido ⇨	2.868,55

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86783-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	3.237,25	3.237,25	258,98	2.741,80	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.860,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MARIA BARBOSA DE C, na conta 86.782, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e sessenta reais e catorze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	01/06/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.578,78	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	157,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,19		165,83

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.025,97	165,83
Valor Líquido ⇨	1.860,14

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86782-9 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.025,97	2.025,97	162,07	1.860,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	01/06/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.578,78	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	157,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,19		165,83

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.025,97	165,83
Valor Líquido ⇨	1.860,14

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 86782-9 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.025,97	2.025,97	162,07	1.860,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 869,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA ANGELICA PRADO LAMO, na conta 107.124, agência 0148 do banco 001.

(Oitocentos e sessenta e nove reais e cinqüenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/03/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	704,22	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	70,42	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,05
998	I.N.S.S.	7,50		70,58

Total de Vencimentos	Total de Descontos
941,19	71,63
Valor Líquido ⇨	869,56

Banco do Brasil 1
conta corrente: 7124-2 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.365,44	2.365,44	189,23	679,97	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/03/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	704,22	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	70,42	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,05
998	I.N.S.S.	7,50		70,58

Total de Vencimentos	Total de Descontos
941,19	71,63
Valor Líquido ⇨	869,56

Banco do Brasil 1
conta corrente: 7124-2 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.365,44	2.365,44	189,23	679,97	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G334041356203957 1
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 3.547,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA LAURA MARTINS, na conta 106.291, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e quinhentos e quarenta e sete reais e dezesseis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3536	MARIA LAURA MARTINS	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,45		438,53
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,01

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.194,70	647,54
Valor Líquido ⇨	3.547,16

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 106291-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	4.194,70	4.194,70	335,57	3.756,17	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3536	MARIA LAURA MARTINS	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,45		438,53
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,01

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.194,70	647,54
Valor Líquido ⇨	3.547,16

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 106291-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	4.194,70	4.194,70	335,57	3.756,17	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.955,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ODAIR CAMPOS PEDRO, na conta 62.636, agência 0348 do banco 001.

(Um mil e novecentos e cinqüenta e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		21/08/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	76,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	115,53	316,98	
998	I.N.S.S.	8,23		175,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.130,70	175,26
Valor Líquido ⇨	1.955,44

Banco do Brasil 1
conta corrente: 62636-8 Agência: 0348 - 4

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.130,70	2.130,70	170,45	1.955,44	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		21/08/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	76,08	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	42,14	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	115,53	316,98	
998	I.N.S.S.	8,23		175,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.130,70	175,26
Valor Líquido ⇨	1.955,44

Banco do Brasil 1
conta corrente: 62636-8 Agência: 0348 - 4

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.130,70	2.130,70	170,45	1.955,44	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 1000/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Natureza de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 2.555,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a RENATA FERREIRA, na conta 77.329, agência 0058 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e cinqüenta e cinco reais e vinte e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
26	RENATA FERREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/10/2010

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	105,52	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	55,46	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	104,01	439,67	
998	I.N.S.S.	9,10		259,66
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,43

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.852,31	297,09
Valor Líquido ⇨	2.555,22

Banco do brasil 1
conta poupança: 77329-8 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.852,31	2.852,31	228,18	2.403,06	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
26	RENATA FERREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/10/2010

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	105,52	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	55,46	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	104,01	439,67	
998	I.N.S.S.	9,10		259,66
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		37,43

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.852,31	297,09
Valor Líquido ⇨	2.555,22

Banco do brasil 1
conta poupança: 77329-8 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.852,31	2.852,31	228,18	2.403,06	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 1.706,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ROGERIO TEOFILO DE ABREU, na conta 88.945, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e setecentos e seis reais e oitenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	19/12/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	23,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	39,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	36,14	99,16	
998	I.N.S.S.	8,11		150,67

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.857,53	150,67
Valor Líquido ⇨	1.706,86

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 88945-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.857,53	1.857,53	148,60	1.706,86	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	19/12/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	23,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	39,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	36,14	99,16	
998	I.N.S.S.	8,11		150,67

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.857,53	150,67
Valor Líquido ⇨	1.706,86

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 88945-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.857,53	1.857,53	148,60	1.706,86	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 700004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 3.969,21 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SANDRA REGINA CORREIA BAL, na conta 8.883, agência 2080 do banco 001.

(Três mil e novecentos e sessenta e nove reais e vinte e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	03/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	201,44	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	102,77	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,30	839,35	
998	I.N.S.S.	10,88		518,23
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		276,50

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.763,94	794,73
Valor Líquido ⇨	3.969,21

Banco do Brasil 1
conta corrente: 8883-8 Agência: 2080 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.763,94	4.763,94	381,11	4.056,12	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	03/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	201,44	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	102,77	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,30	839,35	
998	I.N.S.S.	10,88		518,23
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		276,50

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.763,94	794,73
Valor Líquido ⇨	3.969,21

Banco do Brasil 1
conta corrente: 8883-8 Agência: 2080 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.763,94	4.763,94	381,11	4.056,12	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3340413562039571
04/07/2021 17:43:35

Aviso de lançamento

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 04/06/2021 Valor R$ 3.809,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 331, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SHAWANA DE SOUZA, na conta 26.573, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e oitocentos e nove reais e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:43:35

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
31	SHAWANA DE SOUZA	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	07/07/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	181,96	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	94,69	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	105,05	758,16	
998	I.N.S.S.	10,76		493,54
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		285,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.587,64	778,58
Valor Líquido ⇨	3.809,06

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26573-X Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.587,64	4.587,64	367,01	4.094,10	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
31	SHAWANA DE SOUZA	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	07/07/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	181,96	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	94,69	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	105,05	758,16	
998	I.N.S.S.	10,76		493,54
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		285,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.587,64	778,58
Valor Líquido ⇨	3.809,06

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26573-X Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.587,64	4.587,64	367,01	4.094,10	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 000042021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:31:31
014800148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA	07/06/2021
NR. DOCUMENTO	553.576.007.004.195
VALOR TOTAL	268.973,76

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 3576-9 CONTA: 7.004.195-4

NR. DOCUMENTO	550.148.000.038.500
NR.AUTENTICACAO	4.2A1.BF4.E51.61F.573

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:36:17
014800148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 07/06/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.018.302
VALOR TOTAL 3.467,23
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PLINIO HERNANDES
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 18.302-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO 0.50D.8B8.548.DB6.895

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4799	PLINIO HERNANDES	223405	2	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:	01/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
274	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,36		423,15
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		194,45

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.084,83	617,60
Valor Líquido ⇨	3.467,23

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	4.084,83	4.084,83	326,78	3.661,68	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4799	PLINIO HERNANDES	223405	2	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:	01/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
274	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,36		423,15
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		194,45

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.084,83	617,60
Valor Líquido ⇨	3.467,23

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	4.084,83	4.084,83	326,78	3.661,68	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:34:58
014800148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA	07/06/2021
NR. DOCUMENTO	550.148.000.107.117
VALOR TOTAL	1.718,20

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDUARDO LOPES DOS SANTOS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 107.117-3

NR. DOCUMENTO	550.148.000.038.500
NR.AUTENTICACAO	1.235.562.EEB.455.24B

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	325110	2	1
	TEC. DE FARMACIA	Admissão:	11/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,12		151,80

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,00	151,80
Valor Líquido ⇨	1.718,20

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 90885-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.500,00	1.870,00	1.870,00	149,60	1.718,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	325110	2	1
	TEC. DE FARMACIA	Admissão:	11/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,12		151,80

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,00	151,80
Valor Líquido ⇨	1.718,20

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 90885-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.500,00	1.870,00	1.870,00	149,60	1.718,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Ger...
Prefeito Miguel Martins Cust...
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:33:01
014800148 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 07/06/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 246.399,10
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO D.C93.639.DD1.E4D.0B5

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 6413-0 - GUARULHOS/VILA ZAIRA
CONTA: 8.768-2

FAVORECIDO: ALESSANDRA DE MACEDO
CPF/CNPJ: 067.209.378-20
VALOR: R$ 589,93
DEBITO EM: 07/06/2021

==========

DOCUMENTO: 060701
AUTENTICACAO SISBB: 4.686.74F.41B.EA8.CF1

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	411005	2	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	8,00	533,33	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	53,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	58,67	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		7,01
998	I.N.S.S.	7,50		48,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
645,33	55,40
Valor Líquido ⇨	589,93

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 90886-0 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.000,00	3.011,56	4.221,56	337,71	400,34	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	411005	2	1
	AUX. ADMINIST.	Admissão:		01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	8,00	533,33	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	53,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	58,67	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		7,01
998	I.N.S.S.	7,50		48,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
645,33	55,40
Valor Líquido ⇨	589,93

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 90886-0 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.000,00	3.011,56	4.221,56	337,71	400,34	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0218-6 - LINS SP
CONTA: 16.499-4

FAVORECIDO: GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 407.996.948-19
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060702
AUTENTICACAO SISBB: F.306.6D2.E8A.CC8.A0E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/06/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨		1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 90882-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/06/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨		1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 90882-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0046-9 - LINS
CONTA: 1.021.312-8

FAVORECIDO: ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI
CPF/CNPJ: 369.984.568-08
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060703
AUTENTICACAO SISBB: 9.ACD.D89.C5E.DC1.56C

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0007-8 - LINS CENTRO
CONTA: 253.395-2

FAVORECIDO: ELISANGELA ALVES DA SILVA
CPF/CNPJ: 380.936.238-76
VALOR: R$ 1.564,12
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060704
AUTENTICACAO SISBB: 4.D3B.576.A71.13C.16E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4241	ELISANGELA ALVES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/03/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	35,58	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	116,04	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	38,68	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	116,04	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	143,00	
201	HORAS REDUZIDA	7,12	19,54	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	54,00	148,23	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,70
998	I.N.S.S.	7,96		125,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.698,76	134,64
Valor Líquido ⇨	1.564,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.698,76	1.698,76	135,89	1.564,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4241	ELISANGELA ALVES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/03/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	872,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	209,35	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	35,58	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	116,04	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	38,68	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	116,04	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	143,00	
201	HORAS REDUZIDA	7,12	19,54	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	54,00	148,23	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,70
998	I.N.S.S.	7,96		125,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.698,76	134,64
Valor Líquido ⇨	1.564,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.698,76	1.698,76	135,89	1.564,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0318-2 - LINS
CONTA: 28.930-3

FAVORECIDO: GISELE ROSA COELHO DE SOUZA
CPF/CNPJ: 298.752.688-10
VALOR: R$ 1.709,79
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060705
AUTENTICACAO SISBB: 4.01F.C9D.D38.926.D46

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: AUTONOMOS UTI Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4557	GISELE ROSA COELHO DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	2 08/04/2021	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	132,00	805,20	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	193,25	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,08	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	124,30	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	41,43	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	124,30	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	132,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,56	39,97	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,00	321,17	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,32
998	I.N.S.S.	8,05		139,59

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.858,70	148,91
Valor Líquido ⇨	1.709,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.858,70	1.858,70	148,69	1.141,02	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: AUTONOMOS UTI Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4557	GISELE ROSA COELHO DE SOUZA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	2 08/04/2021	1

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	132,00	805,20	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	193,25	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,08	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	124,30	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	41,43	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	124,30	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	132,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,56	39,97	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,00	321,17	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		9,32
998	I.N.S.S.	8,05		139,59

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.858,70	148,91
Valor Líquido ⇨	1.709,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.858,70	1.858,70	148,69	1.141,02	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
...o de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0706-4 - GUAICARA INT SP
CONTA: 1.009.425-4

FAVORECIDO: JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO
CPF/CNPJ: 395.058.738-16
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060706
AUTENTICACAO SISBB: C.416.A20.87C.DBE.F1B

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	08/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	08/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0629-7 - PROMISSAO
CONTA: 1.013.705-2

FAVORECIDO: JOYCE GARCIA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 402.282.118-32
VALOR: R$ 1.246,65
DEBITO EM: 07/06/2021

DOCUMENTO: 060707
AUTENTICACAO SISBB: 4.62F.0A9.693.E00.C90

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: AUTONOMOS UTI Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4532	JOYCE GARCIA DOS SANTOS	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	06/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	132,00	805,20	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	193,25	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	31,40	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	132,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		7,06
998	I.N.S.S.	7,69		96,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.350,25	103,60
Valor Líquido ⇨	1.246,65

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.350,25	1.350,25	108,01	867,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: AUTONOMOS UTI Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4532	JOYCE GARCIA DOS SANTOS	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	06/04/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	132,00	805,20	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	193,25	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	31,40	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	132,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		7,06
998	I.N.S.S.	7,69		96,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.350,25	103,60
Valor Líquido ⇨	1.246,65

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.350,25	1.350,25	108,01	867,47	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0329-8 - PENAPOLIS
CONTA: 78.043-0

FAVORECIDO: LUZIMARA LOPES DA SILVA
CPF/CNPJ: 294.311.208-95
VALOR: R$ 2.213,21
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060708
AUTENTICACAO SISBB: B.69F.880.059.824.2AF

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	22/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	176,00	1.073,60	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	257,66	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	94,87	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	162,74	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	54,25	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	162,74	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	176,00	
201	HORAS REDUZIDA	18,32	50,29	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	144,00	395,28	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		12,20
998	I.N.S.S.	8,35		189,15
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		12,87

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.427,43	214,22
Valor Líquido ⇨	2.213,21

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	2.427,43	2.427,43	194,18	2.226,08	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	22/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	176,00	1.073,60	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	257,66	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	94,87	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	162,74	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	54,25	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	162,74	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	176,00	
201	HORAS REDUZIDA	18,32	50,29	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	144,00	395,28	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		12,20
998	I.N.S.S.	8,35		189,15
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		12,87

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.427,43	214,22
Valor Líquido ⇨	2.213,21

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	2.427,43	2.427,43	194,18	2.226,08	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 000042021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 14.513-9

FAVORECIDO: MONICA TERRUEL
CPF/CNPJ: 311.590.058-93
VALOR: R$ 1.246,65
DEBITO EM: 07/06/2021

==========

DOCUMENTO: 060709
AUTENTICACAO SISBB: 7.4A7.B74.CEE.77E.AA3

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista Folha Mensal Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4381	MONICA TERRUEL	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	132,00	805,20	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	193,25	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	31,40	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	132,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		7,06
998	I.N.S.S.	7,69		96,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.350,25	103,60
Valor Líquido ⇨	1.246,65

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.350,25	1.350,25	108,01	1.246,65	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista Folha Mensal Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4381	MONICA TERRUEL	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	132,00	805,20	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	193,25	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	31,40	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	94,20	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	132,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		7,06
998	I.N.S.S.	7,69		96,54

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.350,25	103,60
Valor Líquido ⇨	1.246,65

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.350,25	1.350,25	108,01	1.246,65	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0629-7 - PROMISSAO
CONTA: 1.016.804-3

FAVORECIDO: NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM
CPF/CNPJ: 029.450.008-14
VALOR: R$ 524,88
DEBITO EM: 07/06/2021

DOCUMENTO: 060710
AUTENTICACAO SISBB: B.F00.774.9D5.384.308

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		01/11/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	268,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	64,42	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	17,79	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	38,35	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	12,78	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	38,35	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	44,00	
201	HORAS REDUZIDA	3,36	9,22	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	27,00	74,12	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		2,87
998	I.N.S.S.	7,50		39,68

Total de Vencimentos	Total de Descontos
567,43	42,55
Valor Líquido ⇨	524,88

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	567,43	567,43	45,38	524,88	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		01/11/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	268,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	64,42	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	17,79	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	38,35	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	12,78	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	38,35	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	44,00	
201	HORAS REDUZIDA	3,36	9,22	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	27,00	74,12	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		2,87
998	I.N.S.S.	7,50		39,68

Total de Vencimentos	Total de Descontos
567,43	42,55
Valor Líquido ⇨	524,88

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	567,43	567,43	45,38	524,88	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0046-9 - LINS
CONTA: 1.026.571-6

FAVORECIDO: PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI
CPF/CNPJ: 361.830.508-73
VALOR: R$ 2.455,09
DEBITO EM: 07/06/2021

==========

DOCUMENTO: 060711
AUTENTICACAO SISBB: 1.287.E54.FA1.312.C4F

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Horista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	1.721,72	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	413,21	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	189,83	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	63,28	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	189,83	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	143,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		14,23
998	I.N.S.S.	8,74		221,11
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,44

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.720,87	265,78
Valor Líquido ⇨	2.455,09

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
12,04	2.720,87	2.720,87	217,66	2.485,53	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
__/__/____ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Horista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	143,00	1.721,72	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	413,21	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	189,83	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	63,28	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	189,83	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	143,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		14,23
998	I.N.S.S.	8,74		221,11
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,44

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.720,87	265,78
Valor Líquido ⇨	2.455,09

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
12,04	2.720,87	2.720,87	217,66	2.485,53	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
__/__/____ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 17.205-9

FAVORECIDO: THAINA DOS REIS PIO SILVA
CPF/CNPJ: 432.468.768-43
VALOR: R$ 1.451,69
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060712
AUTENTICACAO SISBB: 5.DEF.E1B.B79.AFA.008

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4191	THAINA DOS REIS PIO SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		16/02/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	154,00	939,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	225,46	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	109,91	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	36,63	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	109,91	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	154,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,24
998	I.N.S.S.	7,87		115,38

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.575,31	123,62
Valor Líquido ⇨	1.451,69

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.575,31	1.575,31	126,02	1.072,51	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4191	THAINA DOS REIS PIO SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		16/02/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	154,00	939,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	225,46	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	109,91	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	36,63	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	109,91	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	154,00	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		8,24
998	I.N.S.S.	7,87		115,38

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.575,31	123,62
Valor Líquido ⇨	1.451,69

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.575,31	1.575,31	126,02	1.072,51	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___
Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.14.59
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 28.535-6

FAVORECIDO: VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO
CPF/CNPJ: 344.157.558-01
VALOR: R$ 2.089,77
DEBITO EM: 07/06/2021

==========

DOCUMENTO: 060713
AUTENTICACAO SISBB: B.0A0.E51.076.98C.CA0

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4412	VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	20/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	165,00	1.006,50	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	241,56	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	88,94	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	152,57	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	50,86	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	152,57	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	165,00	
201	HORAS REDUZIDA	17,20	47,21	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	135,00	370,58	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		11,44
998	I.N.S.S.	8,22		174,58

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.275,79	186,02
Valor Líquido ⇨	2.089,77

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	2.275,79	2.275,79	182,05	1.900,18	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4412	VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	20/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	165,00	1.006,50	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	241,56	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	88,94	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	152,57	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	50,86	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	152,57	
289	INSALUBRIDADE 20% INTERMITENTE	20,00	165,00	
201	HORAS REDUZIDA	17,20	47,21	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	135,00	370,58	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		11,44
998	I.N.S.S.	8,22		174,58

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.275,79	186,02
Valor Líquido ⇨	2.089,77

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	2.275,79	2.275,79	182,05	1.900,18	0,00

** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE JUNHO **

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:59
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100908338171286440000081000

BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.714
NOSSO NUMERO	17115360000908338
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	07/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	810,00
VALOR COBRADO	810,00

NR.AUTENTICACAO 6.41B.810.1E6.1F1.A55

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: C...

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1425458 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0467 7291 7800 0491 5500 1001 4254 5819 4572 1520

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 DENTRO ESTADO		135210436995531 22/04/2021 16:30:32
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	22/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		22/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1425458/1	20/05/2021	810,00	1425458/2	07/06/2021	810,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.620,00	194,40	0,00	0,00	1.620,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.620,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
15,00	VOLUME(S)		0,50799	184,200	184,200

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
027083	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML S.FECHADO (EQUIPLEX) L: 2111525 Q: 600,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30049099	000	5102	FR	600,00	2,70	1.620,00	1.620,00	194,40	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 23/04/2021 Pedido: 1904364 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1904364 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:59
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100914384177586450000143949
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.715
NOSSO NUMERO	17115360000914384
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	08/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.439,49
VALOR COBRADO	1.439,49

NR.AUTENTICACAO E.AD4.ABA.66B.E35.CB7

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1433314 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4333 1417 3320 8444

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 DENTRO ESTADO		135210519072469 11/05/2021 21:31:14
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	11/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	11/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1433314/1	08/06/2021	1.439,49	1433314/2	06/07/2021	1.439,49			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.878,98	419,40	0,00	0,00	2.878,98

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.878,98

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,00546	14,212	14,212

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
026207	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (MYLAN/AGILA) (ITEM GENERICO) L: 7104875 Q: 30,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2022	30041019	200	5102	FA	30,00	29,90	897,00	897,00	107,64	0,00	12,00	0,00
025698	ADENOSINA 6MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: BC-009/20 Q: 50,0000 F: 28/02/20 V: 30/01/2022	30049024	000	5102	AP	50,00	9,3984	469,92	469,92	56,39	0,00	12,00	0,00
032157	ADRENALINA (EPINEFRINA) 1MG/ML (HYPOFARMA) L: 21030547 Q: 100,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30049099	000	5102	AP	100,00	1,28	128,00	128,00	23,04	0,00	18,00	0,00
013992	AGUA PARA INJECAO 10ML (EQUIPLEX) L: 2130736 Q: 600,0000 F: 01/04/21 V: 30/04/2023	30049099	000	5102	AP	600,00	0,30	180,00	180,00	21,60	0,00	12,00	0,00
019015	ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICOG (UNIAO QUIMICA) L: 2108846 Q: 5,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2024	30049099	000	5102	TB	5,00	8,811	44,06	44,06	7,93	0,00	18,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 21031132 Q: 40,0000 F: 30/03/21 V: 02/03/2023, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E171AF5FD	30049069	500	5102	FA	40,00	26,50	1.060,00	1.060,00	190,80	0,00	18,00	0,00
025600	ACETILCISTEINA 300MG (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 2109154 Q: 50,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023, nFCI: 48D44E71-EA7F-491F-B69A-459A1838C99B	30049059	500	5102	AP	50,00	2,00	100,00	100,00	12,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 12/05/2021 Pedido: 1921801 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1921801 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereco: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UTI ADULTO PROMISSÃO
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:59
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100914397179286450000054848
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.716
NOSSO NUMERO	17115360000914397
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	08/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	548,48
VALOR COBRADO	548,48

NR.AUTENTICACAO E.8C8.572.BD9.50D.027

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rio Clarense

COMERCIAL CIR. ÁGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1433324 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4333 2419 1136 0502

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 DENTRO ESTADO		135210519095244 11/05/2021 21:38:58
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	11/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		11/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1433324/1	08/06/2021	548,48						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
548,48	98,73	0,00	0,00	548,48

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	548,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME 13	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,01940	11,373	11,373

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0221 Q: 1,0000 F: 09/02/21 V: 09/02/2026	52030000	000	5102	RO	1,00	11,7473	11,75	11,75	2,12	0,00	18,00	0,00
027296	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (DESCARBOX) L: 5333 Q: 20,0000 F: 01/01/21 V: 30/01/2026	48191000	000	5102	PC	20,00	6,216	124,32	124,32	22,38	0,00	18,00	0,00
032182	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (VENKURI) L: T25117 Q: 50,0000 F: 25/03/21 V: 25/03/2024	63079010	000	5102	PC	50,00	2,2978	114,89	114,89	20,68	0,00	18,00	0,00
032088	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN/ OC) L: H0027 Q: 400,0000 F: 30/01/21 V: 30/12/2025	90183999	200	5102	PC	400,00	0,1985	79,40	79,40	14,29	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290825 Q: 400,0000 F: 21/10/20 V: 20/10/2022	38220090	700	5102	TI	400,00	0,5453	218,12	218,12	39,26	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 12/05/2021 Pedido: 1921800 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1921800 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convenio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaide"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio
UTI ADULTO PROMISSÃO

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:14:59
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001109709178186460000084094
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.717
NOSSO NUMERO	13048400001109709
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	840,94
VALOR COBRADO	840,94

NR.AUTENTICACAO 7.F0D.94B.9CB.C58.4E1

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
AV PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-727 – 3134394300

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0589541 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0467 7291 7800 0220 5500 1000 5895 4119 3478 8853

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO		131214113258278 14/04/2021 12:41:40
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	14/04/2021
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		JARDIM ARIANO	16400-400		14/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP			

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
0589541/1	12/05/2021	840,94	0589541/2	09/06/2021	840,94			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.681,88	148,23	0,00	0,00	1.681,88

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.681,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,03035	12,581	12,581

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
031550	FLUCONAZOL 2MG/ML S FECHADO (HALEX ISTAR) (ITEM GENERICO) L: 0000147285 Q: 60,0000 F: 04/03/21 V: 04/03/2023	30049069	000	6108	BO	60,00	11,748	704,88	704,88	84,59	0,00	12,00	0,00
011572	DEXAMETASONA 4MG/ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: T-009/21 Q: 100,0000 F: 30/03/21 V: 28/02/2023, nFCI: 24DFC1B4-1071-48C5-93C2-78C806DA9E02	30043210	500	6108	AP	100,00	3,07	307,00	307,00	36,84	0,00	12,00	0,00
030296	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P VINIL (TALGE/DVT) L: TLVMU008 Q: 1.000,0000 F: 30/06/18 V: 30/06/2023	39262000	200	6108	PC	1.000,00	0,67	670,00	670,00	26,80	0,00	4,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 15/04/2021 Pedido: 1897352 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1897352 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)| EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 93,80 | LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001109906170786460000080000
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.718
NOSSO NUMERO	13048400001109906
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	800,00
VALOR COBRADO	800,00

NR.AUTENTICACAO 1.D04.045.70D.B8E.126

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 – 3134394300

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0589773 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0467 7291 7800 0220 5500 1000 5897 7312 7498 4825

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO		131214114143673 14/04/2021 21:16:29
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	14/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	14/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0589773/1	12/05/2021	800,00	0589773/2	09/06/2021	800,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.600,00	192,00	0,00	0,00	1.600,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00011	1,993	1,993

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
028215	MEROPENEM 1G (BIOCHIMICO) (ITEM GENERICO) L: 0091 02 Q: 50,0000 F: 30/10/20 V: 30/09/2022, nFCI: D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	500	6108	FA	50,00	32,00	1.600,00	1.600,00	192,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 15/04/2021 Pedido: 1897427 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1897427 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/___

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735937201040586460000156248
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.719
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.562,48
VALOR COBRADO	1.562,48

NR.AUTENTICACAO D.3AB.69F.1C3.4DE.A9A

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 207645
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2076 4510 0013 0110

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210522281317 12/05/2021 13:48:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)			45.349.461/0001-02	12/05/2021
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03		JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAIO 2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	09/06/2021	1.562,48	002	23/06/2021	1.562,47		

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
3.000,35	533,20	0,00	0,00	3.124,95

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.124,95

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO			SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			31,67	31,67

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
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4856N4 (2) 11/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4856N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183219	400	5102	CX	2	9,1600	18,32	18,32	2,44		13,30	
13139	AG.DESC.25 X 07 C/100-DESCARPACK LT SAGAAA114B (2) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA114B, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	200	5102	CX	2	10,2350	20,47	20,47	2,72		13,30	
29738	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,0 PC-HB LT 201057 (1) 09/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201057, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/09/2020, Data Val: 17/09/2025)	90189099	200	5102	PC	1	18,0800	18,08	18,08	3,25		18,00	
29739	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-HB LT 201057 (1) 09/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201057, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/09/2020, Data Val: 17/09/2025)	90189099	200	5102	PC	1	18,0800	18,08	18,08	3,25		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1949P4 (10) 04/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1949P4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/2026)	90183219	400	5102	CX	10	10,7110	107,11	107,11	14,24		13,30	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R6V3R2V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITEM 19 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 207088
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,19

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio
07/06/2021
Promissão

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 207645
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2076 4510 0013 0110

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
135210522281317 12/05/2021 13:48:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200820 (5) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200820, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90189010	200	5102	CX	5	26,2100	131,05	131,05	23,59		18,00	
29285	SONDA FOLEY 2V N.16 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/-2025)	90183921	700	5102	PCT	1	27,7800	27,78	27,78	5,00		18,00	
22391	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 20605 (1) 07/2025 (Fornecedor: 7960, Lote: 20605, Qtde: 1 ,Data Fab: 11/07/202-0, Data Val: 10/07/2025)	90183929	700	5102	CX	1	42,5200	42,52	42,52	7,65		18,00	
29103	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 C/100-VITALDERM LT 20190430 (1) 04/2024 (Fornecedor: 142, Lote: 20190430, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/04/-2019, Data Val: 30/04/2024)	30051090	200	5102	PCT	1	78,3900	78,39	78,39	14,11		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 22620S06AAAA (5) 04/2022 \ LT 29519S06AAAA (1) 06/2021 (Fornecedor: 1, Lote: 22620S0-6AAAA, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022 / Fornecedor: 2080, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/20-19, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	15,6550	93,93	93,93	16,91		18,00	
30138	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/6 BR-COP LT 19-0F216 (2) 06/2022 (Fornecedor: 2854, Lote: 190F216, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2022)	30051090	200	5102	CX	2	21,7800	43,56	43,56	7,84		18,00	
29641	SISTEMA FECHADO ASPIR.TRAQ.N.14-VITA-GOLD LT 20200710 (5) 07/2025 (Fornecedor: 142, Lote: 20200710, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/07/2025)	90183929	700	5102	UND	5	77,5860	387,93	387,93	69,83		18,00	
27605	SCALP N.23 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA-007B (1) 09/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA007B, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183929	700	5102	CX	1	23,2600	23,26	23,26	4,19		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW277 (4) 11/2025 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW277, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 01/11/2025)	65069900	200	5102	PCT	4	13,3750	53,50	53,50	9,63		18,00	
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SVIBAA033S (1) 11/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SVIBAA033S, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2025)	39262000	200	5102	CX	1	978,6300	978,63	978,63	176,15		18,00	
21986	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL M C/10-BLUES LT 20200084B (1) 10/2025 (Fornecedor: 799-0, Lote: 20200084B, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	39262000	200	5102	CX	1	482,7100	482,71	482,71	86,89		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20201120 (2) 11/2025 (Fornecedor: 2414, Lote: 20201120, Qtde: 2 ,Data Fab: 20/11/-2020, Data Val: 20/11/2025)	90183999	200	5102	CX	2	20,1350	40,27	40,27	7,25		18,00	
16868	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.20 C/10-MARK LT 16218 (1) 12/2024 (Fornecedor: 164, Lote: 16218, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2024)	90183929	000	5102	PCT	1	14,0300	14,03	14,03	2,53		18,00	
1334	COL.UR.2000ML SF C/VALV PC-BIO BAG (BIO-NAL) LT BB170321 (10) 03/2024 (Fornecedor: 423, Lote: BB170321, Qtde: 10 ,Data Fab: 17/03/2021, Data Val: 17/03/2024)	90189099	040	5102	PC	10	0,0000	0,00	0,00	0,00		18,00	
13581	EQ.MIC.C/BURE.F/A+P LL 150ML C/10-SOLIDOR LT 78220041 (2) 04/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 78220041, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/-2020, Data Val: 30/04/2025)	90189010	200	5102	PCT	2	58,0300	116,06	116,06	20,50		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 207645
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2076 4510 0013 0110

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
135210522281317 12/05/2021 13:48:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 16690 (1) 03/2025 (Fornecedor: 164, Lote: 16690, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2025)	90183929	000	5102	CX	1	167,2800	167,28	167,28	30,11		18,00	
21840	INF.MULT.2V C/CLAMP C/4-0-DESCARPACK LT SEUUAA0020 (2) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0020, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/-2025)	90189010	200	5102	PCT	2	30,4500	60,90	60,90	10,96		18,00	
22992	CATETER IV 22G 0,9X25MM C/100-TKL LT 0060-9/283 (1) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: 00609/283, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183929	200	5102	CX	1	75,5500	75,55	75,55	13,60		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735940201045286460000605220
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.720
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.052,20
VALOR COBRADO	6.052,20

NR.AUTENTICACAO 8.BEB.A43.EC2.A6A.D1F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 207818
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2078 1810 0008 8648

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210523259522 12/05/2021 16:18:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 09/06/2021 6.052,20

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
6.052,20	726,26	0,00	0,00	5.764,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
288,20	0,00		0,00	0,00	6.052,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			17,60	17,60

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
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS-149/21M (20) 03/2023 (Fornecedor: 1898, Lote: AS-149/2-1M, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 31/03/2023)	30049099	500	5102	CX	20	288,2000	5.764,00	6.052,20	726,26		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V1||
Pedido: 207326
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI-ADULTO PROMISSÃO

07/06/2021
Promissão

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

OK

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735945301048186460000185642
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.721
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.856,42
VALOR COBRADO	1.856,42

NR.AUTENTICACAO E.606.A5D.8CA.F39.DCB

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 515874
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 7410 0012 3949

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214155103310 12/05/2021 13:00:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	09/06/2021	1.856,42	002	23/06/2021	1.856,41

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
3.712,83	346,63	0,00	0,00	3.585,81

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
127,02	0,00		0,00	0,00	3.712,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	CAIXA			13,13	13,13

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
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV.-GEN-EMS (PORT.344/98) LT 2E3677 (4)02/23 (Fornecedor: 335, Lote: 2E3677, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/20-23)	30049079	500	6108	CX	4	4,7900	19,16	19,84	2,38		12,00	
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 21010111 (2)12/22 (Fornecedor: 47, Lote: 21010111, Qtde: 2 ,Data Fab: 07/12/20-20, Data Val: 07/12/2022)	30049099	000	6108	CX	2	673,2050	1.346,41	1.394,10	167,29		12,00	
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 21-010230 (2)12/22 (Fornecedor: 47, Lote: 21-010230, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/12/2020, Data Val: 28/12/2022)	30049099	300	6108	CX	2	597,0000	1.194,00	1.236,30	49,45		4,00	
29987	OMOPREL 20MG 56CAP-BELFAR LT 11112 (1)01/-23 (Fornecedor: 6348, Lote: 011112, Qtde: 1 ,Data Fab: 28/01/2021, Data Val: 28/01/-2023)	30049069	000	6108	CX	1	5,9800	5,98	6,19	0,74		12,00	
30086	NORADREM 2MG/ML 50AMP 4ML-HIPOLABOR LT AB-040/21 (2)02/23 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-040/21, Qtde: 2 ,Data Fab: 18/03/2021, Data Val: 28/02/2023)	30044990	500	6108	CX	2	475,0000	950,00	983,65	118,04		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015;# R 17
ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 320,48
Pedido: 483635
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. [illegible] RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI ADULTO PROMISSÃO

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

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 515874
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 7410 0012 3949

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
131214155103310 12/05/2021 13:00:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

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
30090	ALCOOL 70% 1LT TRANS C/12 DESINF-TUPI LT A7N112204/N (1)04/23 (Fornecedor: 3107, Lote: A7N112204/N, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/-04/2021, Data Val: 30/04/2023)	38089429	000	6108	CX	1	70,2600	70,26	72,75	8,73		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500352712640177986470000017990
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.722
NOSSO NUMERO	31399550052712640
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	179,90
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO A.4C8.53F.525.F18.021

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA

BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:

Beneficiário : FIT TELECOM LTDA
Ag./Cód. Beneficiário : 0348 / 86117-0
Nosso Número : 31399550052712640
Nº do Documento : 52712640

Data do Doc. : 31/05/2021
Espécie Doc. : DS
Aceite : N
Data Do Proc : 31/05/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO
LINS / SP
CEP: 16400400

Texto de responsabilidade do beneficiário :
SERVIÇO DE COMUNICAÇÃO SCM/STFC

(1) FIT | FIT NEGOCIOS 100MB Valor: R$ 179,90

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Recibo do Pagador

VENCIMENTO	VALOR DOCUMENTO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
10/06/2021	R$ 179,90	

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.00009 03139.955003 52712.640177 9 86470000017990**

Local de Pagamento: QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO. APÓS, UTILIZE BOLETO NO SITE BB.COM.BR

Data de Vencimento: 10/06/2021

Beneficiário: Fit Telecom Ltda CNPJ: 10.310.323/0001-35
BRASILIA, 2121, JARDIM NOVA YORQUE - Cep. 16018-000 - ARACATUBA - SP

Agência / Código Beneficiário: 0348 / 86117-0

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
31/05/2021	52712640	DS	N	31/05/2021

Nosso Número: 31399550052712640

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	001	R$		

(=) Valor do Documento: 179,90

Texto de responsabilidade do beneficiário :

APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES

(-) Desconto

(-) Outras Deduções / Abatimento

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acrecimos

(=) Valor Cobrado

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Cer...
"Prefeito Miguel Martins C...
de Promissão
Tipo de Despesa:

Pagador:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO - LINS - CEP: 16400400

07/06/21
Promissão

Beneficiador / Avalista

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100785704685686470000260321
BENEFICIARIO:
THOMSON REUTERS BRAS
NOME FANTASIA:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
BENEFICIARIO FINAL:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.723
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.603,21
VALOR COBRADO	2.603,21

NR.AUTENTICACAO F.7E7.456.52E.8DB.EE7

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
1513348	1580754

Data da emissão da nota: **15/05/2021 13:40:19**

Data do fato gerador: **12/05/2021 20:51:12**

Código de verificação: **D7XL-PEU9B**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

THOMSON REUTERS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x11)-5047**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**
Município: **LINS** País: UF: **SP**
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1**43) 5325-198**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio Empresarial conf. contrato(s): 129336 comp.: 5/2021.	2.773,80	1	2.773,80	2.773,80 x	2,00 =	55,48

VENCIMENTOS: (10/06/2021 - 2.773,80) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 18,03	R$ 83,21	R$ 0,00	R$ 41,61	R$ 27,74
	VALOR BRUTO DA NOTA = R$ 2.773,80		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.603,21**	

Código do serviço:
0107 / Suporte técnico em informática inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.

Valor das Deduções(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R$)	
0,00	**2.773,80**	**2,00**	**55,48**	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021
Promissão

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190618031288003347200001526110686470000509311
BENEFICIARIO:
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA
NOME FANTASIA:
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI
CNPJ: 58.426.628/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.724
NOSSO NUMERO	6180128800
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.093,11
VALOR COBRADO	5.093,11

NR.AUTENTICACAO 2.422.54D.C46.B91.563

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Samtronic Indústria e Comércio Ltda. Rua Venda da Esperança, 162- Bairro Socorro São Paulo – SP CEP: 04763-040 Fone: (11) 2244-7750 - Fax: (11) 2244-7751 CNPJ: 58.426.628/0001-33 Inscrição Municipal: 94911827 www.samtronic.com.br - sac@samtronic.com.br	**RECIBO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS Nº** 008184 **Natureza Operação:** LOCAÇÃO **Prestação de:** LOCAÇÃO DE BENS **Data de Emissão:** 11/05/2021

USUÁRIO FINAL OU DESTINATÁRIO

Nome/Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			**CNPJ** 45.349.461/0001-02
Endereço AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		**Bairro** JARDIM ARIANO	**CEP** 16400400
Cidade LINS	**TELEFONE** 18 3701-1611	**UF** SP	**Inscrição Estadual**
Contrato 1.01.102848/016		**Vencimento** 10/06/2021	

CÓDIGO - DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
SO999997 - SERVICOS DE LOCACAO (LOCADOR)	1,00	5.093,11	5.093,11

VALOR TOTAL R$ 5.093,11

Observações

 # Operação Não Tributada Pelo ISS, conforme Lei Complementar Nº 116 de 31/07/2003, publicada no D.O.U. de 01/08/2003, Portaria CAT Nº 74/2003 e Lei 13.701/2003.

Convênio nº 00004/2021
Fundo de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio
04/06/2021
Promissão

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532420171486470000002040
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.725
NOSSO NUMERO	31399550057532420
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	20,40
VALOR COBRADO	20,40

NR.AUTENTICACAO E.E8C.64D.EE4.749.222

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

fit telecom

R$ 20,40

VENCIMENTO
10/06/2021

EMISSÃO: 10/06/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 9/2020
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 57532420

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informaçõesa serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	20,40
	TOTAL						**R$**	**20,40**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2º via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532420171486470000002040

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/06/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **14/09/2020**	Número do Documento **57532420**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550057532420**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **20,40**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021

Promissão

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532435179186470000001000
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.726
NOSSO NUMERO	31399550057532435
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	10,00
VALOR COBRADO	10,00

NR.AUTENTICACAO 1.4B5.242.449.A58.79C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

fit telecom

R$ 10,00

VENCIMENTO
10/06/2021

EMISSÃO: 10/06/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 9/2020
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 57532435

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informações a serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	10,00
	TOTAL						**R$**	**10,00**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2ª via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532435179186470000001000

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/06/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **14/09/2020**	Número do Documento **57532435**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550057532435**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **10,00**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador	**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02 AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**				CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
de Despesa: (

07/06/2021
Promissão

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001113818171786440000216900
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.727
NOSSO NUMERO	13048400001113818
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	07/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.169,00
VALOR COBRADO	2.169,00

NR.AUTENTICACAO 8.F45.0A7.7BB.60E.197

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM – MG
CEP 32669-712 – 3134394300

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0594655 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5946 5517 3320 8448

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO	131214152257391 10/05/2021 23:00:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	10/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0594655/1	07/06/2021	2.169,00	0594655/2	05/07/2021	2.169,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.338,00	520,56	0,00	0,00	4.338,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.338,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM			MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00000	4,510	4,510

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
032505	PROPOFOL 10MG/ML 20ML (BIOCHIMICO) (ITEM GENERIC O) L: BB210213 Q: 100,0000 F: 25/02/21 V: 31/07/2022 *** Portaria 344/98 C1	30049095	000	6108	AP	100,00	43,38	4.338,00	4.338,00	520,56	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 11/05/2021 Pedido: 1920437 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1920437 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto em nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO TIPO DE ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL.(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI ADULTO PROMISSÃO

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001113812174986440000216900
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.728
NOSSO NUMERO	13048400001113812
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	07/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.169,00
VALOR COBRADO	2.169,00

NR.AUTENTICACAO 3.A35.38C.D4E.3A6.7D1

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 – 3134394300

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0594658 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5946 5813 2016 0373

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO		131214152265446 10/05/2021 23:11:20
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	10/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0594658/1	07/06/2021	2.169,00	0594658/2	05/07/2021	2.169,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.338,00	520,56	0,00	0,00	4.338,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.338,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM			MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00000	4,510	4,510

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
032505	PROPOFOL 10MG/ML 20ML (BIOCHIMICO) (ITEM GENERIC O) L: BB210213 Q: 100,0000 F: 25/02/21 V: 31/07/2022 *** Portaria 344/98 C1	30049095	000	6108	AP	100,00	43,38	4.338,00	4.338,00	520,56	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 11/05/2021 Pedido: 1920378 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1920378 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (11) 4122-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO TIPO DE ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: SES SP AO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convenio 90004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gu[illegible]
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI-ADULTO PROMISSÃO
___/___/___

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790601029113400000882000107704186470000068000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.729
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO 9.353.F8B.523.54A.0C3

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	VALOR NOTA	NF-e
___/___/___	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	R$ 680,00	Nº: 000.135.540 SÉRIE : 1

biomedical®

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555
www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.135.540
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0551 9436 4500 0107 5500 1000 1355 4010 0464 0329

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 PRODUCAO PROPRIA	135210517386538 - 11/05/2021 15:17:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	11/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAIDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	11/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	(14) 3541-1544	SP		15:16:34

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	10/06/2021	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 37690 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Dr. Miguel Martins Gualda"
07/06/2021 de Promissão
Promissão Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
85215163	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 112649 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) Estadual: R$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. UTI PROMISSAO - CONVENIO 031/2015ICMS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	UTI-ADULTO PROMISSÃO ___/___/___

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790014039000001180076011554102286470000032300
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.730
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	323,00
VALOR COBRADO	323,00

NR.AUTENTICACAO 1.4BC.981.66A.24C.33E

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEI EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000166231 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0503 7487 6900 0180 5500 1000 1662 3118 0686 8292

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	135210520982952 12/05/2021 10:10:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	12/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	12/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		10:09:43

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	166231	323,00	0,00	323,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	10/06/2021	323,00									

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
35,00	6,30	0,00	0,00	82,11	323,00
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	323,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	5,000	12,80	0,00	64,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000005894	SABONETE NATURALLY'S 10 GR C/600 UND	34011190	060	5405	cx	1,000	179,00	0,00	179,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000001271	SACO PLAST. PP 06X11 C/ 1 KG	39232190	000	5102	un	1,000	35,00	0,00	35,00	35,00	6,30	0,00	18,00	0,00
0000000000507	SABONETE LIQ. MAZZO REFIL ERVA DOCE 800 ML GEL	34013000	060	5405	und	6,000	7,50	0,00	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 27,81 Federal, 54,30 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (B95EF4).	UTI-ADULTO PROMISSÃO

04/06/2021
Promissão

Transmitido por DocFix

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399121986340000003811732401010186470000259750
BENEFICIARIO:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
CIRURGICA NEVES LTDA
CNPJ: 04.182.003/0001-44
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
CNPJ: 04.182.003/0001-44
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.731
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.597,50
VALOR COBRADO	2.597,50

NR.AUTENTICACAO E.719.55D.EA3.E8E.6DE

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

~~CIRURGICA NEVES LTDA EPP~~

Neves

RUA 24 DE DEZEMBRO, 1360 - ALTO CAFEZAL - MARILIA - SP - CEP: 17504-010
Fone: (14)3413-2483 - FAX: (14)3413-2483
cirurgicaneves@cirurgicaneves.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.015.178
Série 003
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0504 1820 0300 0144 5500 3000 0151 7817 7810 1700

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	135210526345555 13/05/2021 10:09:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
438194872116		04.182.003/0001-44

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	13/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	13/05/2021
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP	(14)3541-0969		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 20397 - Valor Original: R$ 2.597,50 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLíquido: R$ 2.597,50

DUPLICATAS

Número 001 Vencimento 10/06/2021 Valor R$2.597,50	

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
2.597,50	467,55	0,00	0,00	2.597,50

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	2.597,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
O MESMO	0 - REMETENTE				04.182.003/0001-44
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
O MESMO	O MESMO			SP	438194872116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Vol./Caixas	Diversos			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITARIO	VALOR DESCONTO	VALOR LIQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
5071	EQUIPO GIRASET EG 0421 000 EST.(CX 50UN) LOTE MAR 21902337233408	90189099	000	5102	UN	50,0000	25,4500	0,00	1.272,50	1.272,50	229,05	0,00	18,00	0,00
5091	EQUIPO GIRASET EG 0422 000 ESTER (CX 50 UND) LOTE ABR21900316230108	90189099	000	5102	UN	50,0000	26,5000	0,00	1.325,00	1.325,00	238,50	0,00	18,00	0,00

08/06/2021
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Vr Aprox Trib IBPT/Empresometro 182C/D529CB ==> R$ Fed 169,62 Est 311,70 Munic 0,00 Venda Presencial ESTABELECIMENTO IMPEDIDO DE RECOLHER O ICMS/ISS PELO SIMPLES NACIONAL,NOS TERMOS DO ART. 17 DA LEI COMPLEMENTAR N 123, DE 2006 NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI NF PROMISAO PEDIDO: 020397___VENDEDOR: ___CONDICAO DE PAGTO: 28 DIAS___COBRANCA: ___CLIENTE: 701	UTI-ADULTO PROMISSÃO ___/___/___

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 13/05/2021 10:09:13

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191570070403187381524485320006786470000056000
BENEFICIARIO:
MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME
NOME FANTASIA:
MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME
CNPJ: 20.259.895/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME
CNPJ: 20.259.895/0001-90
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.732
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	560,00
VALOR COBRADO	560,00

NR.AUTENTICACAO 4.B82.D30.662.DAA.990

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

MEDPRO

RECIBO: 01/02/2021

EMISSÃO: 29/04/2021

ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL

(HOSP. GERAL PROMISSÃO)

CNPJ 45.349.461/0001-02

AV. JOSÉ ARIANO RODRIGUES Nº 303 SL 06 JARDIM ARIANO

LINS – SP

CEP: 16400.400

Recebemos a importância de R$ 560,00 (QUINHENTOS E SESSENTA REAIS) referente ao aluguel mensal de 02 (DUAS) unidades de BOMBAS DE INFUSÃO TERUFUSION LM3 da marca TERUMO. Os números de série contam na NFe 10403 (OUTRAS SAÍDAS) emitida em 23/04/21.

Obs: O aluguel dos equipamentos referem-se a contrato de locação celebrado entre as partes na data de 08/02/2021 e corresponde a parcela 01/12 (Período de 26/04/2021 á 25/05/2021) com vencimento em 26/05/2021.

*Este recibo só terá efeitos legais, mediante quitação do boleto bancário correspondente.

Medpro Comercio de Produtos Hospitalares Ltda

Paulo Valentin de Santa.

P. P. José Antônio de Santa

Representante Legal

20.259.895/0001-90
MEDPRO COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME
Rua Prefeito João Batista Stocco, 2303
São Cabral - CEP 83.407-734
COLOMBO - PR

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/06/2021

AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Junho
2021
2/2

Convênio nº 00004/2021

Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191090080122787271812411700003786480000680000

BENEFICIARIO:
BELIVE MEDICAL P H LTDA
NOME FANTASIA:
BELIVE MEDICAL P H LTDA
CNPJ: 32.757.824/0001-05
BENEFICIARIO FINAL:
BELIVE MEDICAL P H LTDA
CNPJ: 32.757.824/0001-05
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.733
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	6.800,00
VALOR COBRADO	6.800,00

NR.AUTENTICACAO 8.CA1.BE8.7F0.D34.2A5

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BELIVE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA CAPRICORNIO, 299
Bairro: JARDIM RIACHO DAS PEDRAS
32242-220 Contagem - MG
Fone: (31)3046-6175

BELIVE MEDICAL

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 9.315
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3121.0432.7578.2400.0105.5500.1000.0093.1510.1247.1908

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
131214131933872 - 27/04/2021 15:59:51

NATUREZA DA OPERAÇÃO
6108 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	
003.378.508.0034	813021221110	32.757.824/0001-05	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	27/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03	CENTRO		16370-000	27/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Lins	(014)3541-1544	SP		15:59:02

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**

FATURA/DUPLICATAS

9315/1 - 11/06/21 - 6800,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
6.800,00	816,00	0,00	0,00	6.800,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	ALÍQ. IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.800,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0-EMITENTE, 1-DESTINATARIO)	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
OUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS	[0]				06.321.409/0001-96
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AVENIDA HENRY FORD, 1153	SAO PAULO			SP	148.923.420.116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			0,0000	0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	
2648 30042099	MEROPENEM IV 1G Gen. PO LIOF. CX25FA BIOCHIMICO Lote: 009101 - 30/09/2022 Qtde: 8.00 Numero da FCI: D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	500 6108	CX	8,0000	850,0000	0,0000 0,0000 %	6.800,00	6.800,00	816,00 0,00	0,00	12,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
UTI covid de promissao ENTREGAR: Av. General Eurico Gaspar Dutra, 620 - Centro, Promissao - SP, / Banco Bradesco 237 Agencia: 6468-8 Conta Corrente 6183-2 / / / EMENDA CONSTITUCIONAL 87/2015 / Base de Calculo ICMS destino: R$ 6800,00/ ICMS Destino: R$ 408,00 (100% em 2020) /	07/06/2021

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100909597171586480000151685
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.734
NOSSO NUMERO	17115360000909597
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.516,85
VALOR COBRADO	1.516,85

NR.AUTENTICACAO 0.47D.ABC.48E.769.D3D

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1427099 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0467 7291 7800 0491 5500 1001 4270 9914 1461 0344

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 DENTRO ESTADO		135210457687878 27/04/2021 16:54:29
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	27/04/2021
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		JARDIM ARIANO	16400-400		27/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP			

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1427099/1	25/05/2021	1.516,86	1427099/2	11/06/2021	1.516,85			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.033,71	546,07	0,00	0,00	3.033,71

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.033,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5,00	VOLUME(S)		0,03349	24,495	24,495

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12360507 Q: 2,0000 F: 07/03/20 V: 06/03/2022	38220090	200	5102	PC	2,00	33,6016	67,20	67,20	12,10	0,00	18,00	0,00
032088	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN/OC) L: G4832 Q: 400,0000 F: 30/12/20 V: 30/11/2025	90183999	200	5102	PC	400,00	0,1985	79,40	79,40	14,29	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290811 Q: 400,0000 F: 27/09/20 V: 26/09/2022	38220090	700	5102	TI	400,00	0,5453	218,12	218,12	39,26	0,00	18,00	0,00
016648	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G (LEMGRUBER) L: PR001L Q: 2.000,0000 F: 01/01/21 V: 30/01/2026	40151900	000	5102	PC	2.000,00	0,75	1.500,00	1.500,00	270,00	0,00	18,00	0,00
0265777	CIPROFLOXACINO 200MG, CLORIDRATO S.FECHA (HALEX /ISOFARMA) L: 0070430 Q: 60,0000 F: 22/07/20 V: 22/07/2022	30049069	000	5102	BO	60,00	17,622	1.057,32	1.057,32	190,32	0,00	18,00	0,00
020367	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (NEO Q/HYP/BRAIN) L: B20G1765 Q: 50,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022	30049043	000	5102	TB	50,00	2,2334	111,67	111,67	20,10	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 28/04/2021 Pedido: 1908692 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1908692 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Promissão
24/05/23

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800027278175986480000014325
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.735
NOSSO NUMERO	33088412000027278
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	143,25
VALOR COBRADO	143,25

NR.AUTENTICACAO E.F35.A3F.900.A4A.25D

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1180999
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0504 0278 9400 0326 5500 1001 1809 9910 0061 4611

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152214048747209 12/05/2021 15:02:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	12/05/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		14:48

FATURA / DUPLICATA

001	11/06/2021	143,25	002	11/07/2021	143,25		

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
238,74	28,65	0,00	0,00	286,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	286,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			13,35	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	30	9,5500	286,50	238,74	28,65		12,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 1 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.° 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 52,50, Federal, R$ 23,85, Estadual, R$ 28,65
Pedido: 1265660
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: PVN - RIBEIRÃO PRETO (63) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633751854115 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO
07/06/2021

UTI-ADULTO PROMISSÃO
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualia"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:00
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900033263179186480000214300
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.736
NOSSO NUMERO	33088411000033263
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.143,00
VALOR COBRADO	2.143,00

NR.AUTENTICACAO E.449.395.9F3.490.1D5

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

dupatri
HOSPITALAR COM IMP E EXP LTDA

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 176479
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0504 0278 9400 0750 5500 1000 1764 7910 0053 0500

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210523487610 12/05/2021 16:52:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	12/05/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		16:49

FATURA / DUPLICATA

001	11/06/2021	2.143,00	002	11/07/2021	2.142,99		

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
4.264,89	528,20	0,00	0,00	4.285,99

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	4.285,99

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			11,00	11,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
13727	DEXAMETASONA 4MG 50/2,5ML GEN-HYPOFARMA (Lote: 21030243, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2023 ,Data Fab: 01/04/2021)	30043290	000	5102	CX	1	132,1600	132,16	132,16	15,86		12,00	
21614	MYTEDON 10MG C/20CP - CRISTALIA A1 (Lote: 21020356, Qtde: 3, Dt Val: 28/02/2023 ,Data Fab: 01/02/2021)	30049039	000	5102	CX	3	30,4700	91,41	91,41	16,45		18,00	
34904	MEROPENEM IV 1G C/25 GEN - BIOCHIMICO (Lote: 009106, Qtde: 4, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/10/2020)	30042099	000	5102	CX	4	964,7800	3.859,12	3.859,12	463,09		12,00	
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EUROPA - POLARFIX (Lote: 48540, Qtde: 6, Dt Val: 30/04/2026 ,Data Fab: 30/04/2021)	30059090	000	5102	DZ	6	8,6500	51,90	51,90	9,34		18,00	
36041	COMP.GAZE 7,5X7,5 13F C/500 - CLEAN (Lote: 07621, Qtde: 10, Dt Val: 31/03/2026 ,Data Fab: 01/03/2021)	30059090	000	5102	PCT	10	12,4000	124,00	124,00	22,32		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 270, Qtde: 4, Dt Val: 01/04/2026 ,Data Fab: 01/04/2021)	90211020	020	5102	PCT	4	6,8500	27,40	6,30	1,14		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITENS 1,3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 6 RICMS-SP/2000 , Anexo I , art. 16 Conv. 126/10 - Artigos Ortopédicos
ITEM 4 e 5
ITEM 6 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 541,54, Federal, R$ 13,34, Estadual, R$ 528,20
Pedido: 198269
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

08/06/2021
Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurs[illegible] Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI ADULTO I PROMISSÃO

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004735939901043786460000062002
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.737
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	620,02
VALOR COBRADO	620,02

NR.AUTENTICACAO 6.675.E11.6B0.416.80E

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 207701
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2077 0110 0023 2169

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210522444954 12/05/2021 14:15:31

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAI 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 09/06/2021 620,02

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
620,02	81,92	0,00	0,00	620,02

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	620,02

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			11,24	11,24

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
29666	METRONAC 0,5% 50FRA 100ML -BBRAUN LT 2102-3268A3 (1) 01/2024 (Fornecedor: 2975, Lote: 21023268A3, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/-2021, Data Val: 31/01/2024)	30049066	800	5102	CX	1	125,3000	125,30	125,30	22,55		18,00	
29993	AMIODARONA 200MG 30CP GEN-ZYDUS LT M015157 (1) 11/2022 (Fornecedor: 2611, Lote: M015-157, Qtde: 1 ,Data Fab: 31/12/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049054	200	5102	CX	1	15,9200	15,92	15,92	1,91		12,00	
19069	HIDROCORTISONA 100MG 50FAM GEN-BLAU LT 21-020475 (4) 02/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21020475, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2023)	30043210	500	5102	CX	4	119,7000	478,80	478,80	57,46		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R6V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 207074
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

09/06/2021
Promissão

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100905899175686460000130377
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.738
NOSSO NUMERO	17115360000905899
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.303,77
VALOR COBRADO	1.303,77
NR.AUTENTICACAO	3.8C2.8BD.42A.210.EB5

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1422287 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0467 7291 7800 0491 5500 1001 4222 8719 1136 0505

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 DENTRO ESTADO		135210402858036 14/04/2021 14:42:06
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	14/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	14/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1422287/1	12/05/2021	1.303,77	1422287/2	09/06/2021	1.303,77			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.607,54	442,57	0,00	0,00	2.607,54

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.607,54

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,00058	16,897	16,897

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
020475	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (CREMER) L: 367182110 Q: 2,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2026	30059019	000	5102	RO	2,00	10,585	21,17	21,17	3,81	0,00	18,00	0,00
032182	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (VENKURI) L: T24475 Q: 100,0000 F: 14/01/21 V: 14/01/2024	63079010	000	5102	PC	100,00	3,19	319,00	319,00	57,42	0,00	18,00	0,00
027470	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.22 (MARKMED) L: 1615 6 Q: 10,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2024	90183929	000	5102	PC	10,00	1,0685	10,69	10,69	1,92	0,00	18,00	0,00
032088	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN/ OC) L: G4831 Q: 400,0000 F: 30/12/20 V: 30/11/2025	90183999	200	5102	PC	400,00	0,1985	79,40	79,40	14,29	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290805 Q: 350,0000 F: 25/09/20 V: 24/09/2022	38220090	700	5102	TI	350,00	0,5453	190,86	190,86	34,35	0,00	18,00	0,00
011885	CLINDAMICINA 600MG,FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AA-072/20 Q: 100,0000 F: 20/11/20 V: 31/10/2022, nFCI: BD7A77BA-119F-4AFD-9E2E-98FD0205AF16	30032099	500	5102	AP	100,00	4,4642	446,42	446,42	53,57	0,00	12,00	0,00
016648	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G (LEMGRUBER) L: PR001L Q: 2.000,0000 F: 01/01/21 V: 30/01/2026	40151900	000	5102	PC	2.000,00	0,77	1.540,00	1.540,00	277,21	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 15/04/2021 Pedido: 1897254 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1897254 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.01
0148100148 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5042-3 - UNIMAIS CENTRO LESTE PAULISTA
CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74
VALOR: R$ 4.711,50
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060739
AUTENTICACAO SISBB: B.D42.FE3.5A4.07A.00D

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

thomi

RECEBEMOS DE ESPIRITO SANTO DIST. DE PRODUTOS HOSP. EIRELI OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

VALOR TOTAL DA NOTA R$ 4.711,50

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR(ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICE)	PEDIDO: 006085

NF-e
Nº **000.005.789**
SÉRIE: **001**

ESPIRITO SANTO DIST. DE PRODUTOS HOSP. EIRELI

ESPÍRITO SANTO DISTRIBUIDORA

RUA SERRA NEGRA, 78 GALPÃO 2
Bairro: PRAIA DO MORRO
GUARAPARI - ES - 29216-560
Fone: (27)3261-1877 Fax: (27)
espiritosantohospitalares@gmail.com

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**

Nº **000.005.789**
SÉRIE:**001**
FOLHA:**1 / 1**

CHAVE DE ACESSO
3221 0528 9113 0900 0152 5500 1000 0057 8915 8772 2540

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. ADQUIRIDA OU REC.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
332210032089036 - 20/05/2021 07:53:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
083.361.84-7		28.911.309/0001-52

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CÓDIGO 001097	45.349.461/0001-02	20/05/2021 07:53
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03	JARDIM ARIANO	16.400-400	
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF** / **INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA SAÍDA**
LINS	(14) 35385198	SP	

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO:	005789-1/1														
VENCIMENTO:	21/05/2021														
VALOR:	4.711,50														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.711,50	565,38	0,00	0,00	4.711,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.711,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Remetente (CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUÍDO
1	CX				

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
000577	POLIMIXINA B 500.000UI C/ 01 FA LT: K08131 Val: 30/09/2022 Qtd: 50		30042079	000	6102	UN	50,00	94,2300	4.711,50		4.711,50	565,38		12	

Convênio nº 00004/2021 27 / 06 / 2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio
Educação Saúde

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BANCO DO BRASIL AG: 0924-5 CC: 53.499-4
CAIXA ECONOMICA FEDERAL AG.: 4192 CC: 1004-0
BRADESCO AG: 6010-0 CC: 8138-8
Número(s) do(s) Pedido(s): 006085
ORDEM DE COMPRA Nº 001/2021
Trib. Aprox. R$:1.511,92 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT .
Partilha ICMS, disposto na EC 87/2015. Valor ICMS para UF destino: R$ 282,69. Valor FCP para o destino: R$ 0,00. Valor ICMS UF origem R$ 0,00;

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.01
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0058-2 - PENAPOLIS
CONTA: 1.017.172-6

FAVORECIDO: ALINE TOMAZ DOS SANTOS MARCOLINO
CPF/CNPJ: 351.472.698-19
VALOR: R$ 209,12
DEBITO EM: 07/06/2021
==========
DOCUMENTO: 060740
AUTENTICACAO SISBB: 7.96F.6DA.85F.5B4.1E2

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4964	ALINE TOMAZ DOS SANTOS MARCOLINO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	27/05/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	4,00	178,85	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	17,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	29,33	
998	I.N.S.S.	7,50		16,95

Total de Vencimentos	Total de Descontos
226,07	16,95
Valor Líquido ⇨	209,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	226,07	226,07	18,08	209,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo. Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE JUNHO ***

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4964	ALINE TOMAZ DOS SANTOS MARCOLINO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	27/05/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	4,00	178,85	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	17,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	29,33	
998	I.N.S.S.	7,50		16,95

Total de Vencimentos	Total de Descontos
226,07	16,95
Valor Líquido ⇨	209,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	226,07	226,07	18,08	209,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo. Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE JUNHO ***

~~Convênio nº 00004/2021~~
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.01
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0629-7 - PROMISSAO
CONTA: 1.014.423-0

FAVORECIDO: NAYARA CARRIJO DA COSTA
CPF/CNPJ: 368.188.678-47
VALOR: R$ 2.730,57
DEBITO EM: 07/06/2021

DOCUMENTO: 060741
AUTENTICACAO SISBB: 9.B9C.C67.D0F.E5A.7CC

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4503	NAYARA CARRIJO DA COSTA	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		26/03/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	20,00	2.012,14	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	201,21	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	707,72	
998	I.N.S.S.	9,31		285,52
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.067,74	337,17
Valor Líquido ⇨	2.730,57

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.018,21	3.067,74	3.067,74	245,41	2.592,63	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

____/____/____ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4503	NAYARA CARRIJO DA COSTA	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		26/03/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	20,00	2.012,14	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	201,21	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,67	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	707,72	
998	I.N.S.S.	9,31		285,52
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.067,74	337,17
Valor Líquido ⇨	2.730,57

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.018,21	3.067,74	3.067,74	245,41	2.592,63	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

____/____/____ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	CLAUDINEIA DA COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/08/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.798,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.798,78	1.798,78
Valor Líquido ⇨	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86790-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	CLAUDINEIA DA COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/08/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.798,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.798,78	1.798,78
Valor Líquido ⇨	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86790-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista Folha Mensal Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86	
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65	
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.910,86
991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65		64,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.975,51	1.975,51
Valor Líquido ⇨	0,00

Banco do Brasil 1
conta corrente: 18365-2 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 05 DE JUNHO ***

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista Folha Mensal Maio de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86	
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65	
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.910,86
991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65		64,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.975,51	1.975,51
Valor Líquido ⇨	0,00

Banco do Brasil 1
conta corrente: 18365-2 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 05 DE JUNHO ***

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500052401015486440000055000
BENEFICIARIO:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
NOME FANTASIA:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
BENEFICIARIO FINAL:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.742
DATA DE VENCIMENTO	07/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	07/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	550,00
VALOR COBRADO	550,00

NR.AUTENTICACAO 2.DD6.215.190.F6E.2F2

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ECQ SERVIÇOS TEC. MEDICOS HOSPITALARES LTDA

ECQ SERVIÇOS TEC. MEDICOS HOSPITALARES LTDA

AV. PORTUGAL 1740 - SALA 63

CNPJ: 30.712.200/0001-38 TELEFONE: (16) 3515-1091

FATURA DE LOCAÇÃO

Nº: 01

Emissão: 02/06/2021

DESTINATÁRIO: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CNPJ: 45.349.461/0001-02**

Endereço: **AV. JOSE ARIANO RODRIGUES - 303 SALA 63** **Bairro: JARDIM ARIANO** **CEP: 16.400-400** **UF: SP**

Cidade: LINS **Inscrição Estadual: ISENTO** **Telefone:** **(14) 3535-51-98**

CONTRATO

Número **001/2021**

PAGAMENTO

Forma de Pagamento: BOLETO BANCARIO

OBSERVAÇÃO: Referente aos EQUIPOS NF 10.404

DADOS DA LOCAÇÃO

Código		Descrição / Configuração				Valor Unitário		Valor Total
	BOMBA	EUIPO FOTO				270,00		270,00
	BOMBA	EQUIPO COMUM				280,00		280,00

Valor Total da Fatura: **550,00**

RECEBI(EMOS) DE **EMPRESA** . AS LOCAÇÕES CONSTANTES NESSA FATURA INDICADA AO LADO

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

FATURA DE LOCAÇÃO

Nº: 01

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.01
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R$ 19.500,00
DEBITO EM: 10/06/2021
==========
DOCUMENTO: 061001
AUTENTICACAO SISBB: 8.E0F.E8E.25F.91E.3A3

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210608034298678000114

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000235	08/06/2021 12:00:24	GWZ3-4NEG

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **34.298.678/0001-14** Inscrição Municipal: **6.343.469-5**
Nome/Razão Social: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**
Endereço: **R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - CIDADE MONCOES - CEP: 04563-060**
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: **End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **contabilidade@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço Administrativos de Prestação de Contas, RH, Departamento Pessoal, Escrituração Fiscal, Contabilidade e Controladoria, Serviços Financeiros e Compras em 10 (dez) leitos de UTI Adulto - Hospital Geral Prefeito Miguel Martin Gualda, localizado, à Avenida General Eurico Gaspar Dutra, 620, Centro, CEP 16390-000, Promissão/SP.

Competência: 05/2021

Convênio 004/2021

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 19.500,00

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

Código do Serviço
06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Aliquota (%)	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;

Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

10/06

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090325787100800000193177486470000012000
BENEFICIARIO:
IBASA B I COMERCIO LTDA EPP
NOME FANTASIA:
IBASA DO BRASIL INDUSTRIA E COMERCI
CNPJ: 73.048.845/0001-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.002
NOSSO NUMERO	32578710000000193
CONVENIO	03257871
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	10/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	120,00
VALOR COBRADO	120,00

NR.AUTENTICACAO C.7B2.3C9.821.6C2.D1F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE IBASA DO BRASIL IND. E COM. LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO

39

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000009380
SÉRIE1

IDENTIFICAÇÃO DO REMETENTE

IBASA DO BRASIL IND. E COM. LTDA

RUA JOSE DA COSTA, 192 - SANTA TEREZINHA - PAULINIA - SP CEP: 13148-118
FONE: (19) 3874-1387 FAX:(19) 3874-1387
www.ibasadobrasil.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000009380
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO NFE PARA CONSULTA
3521 0573 0488 4500 0120 5500 1000 0093 8010 0263 2000

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 ADQ. DE TERCEIROS	135210555514379 20/05/2021 06:58:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
513.026.610.118		73.048.845/0001-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	20/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
LINS	(14) 3532-5198	SP	ISENTO	

FATURA

ORDEM	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	ORDEM	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	ORDEM	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
/01/01	9380	10/06/2021	120,00								

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS DE SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	120,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
				0,00	120,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	COD. ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDASLTDA	0 - Emitente				44.914.992/0032-34

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALFREDO VIEIRA ALVES, 262	CAMPINAS	SP	244762584116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			2,700	2,100

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
500101010004	ESCOVA DENTAL	96032100	0102	5102	UN	300,000	0,400000	120,00	0,00	0,00	0,00		

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
5614			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL PARA ENTREGA: HOSP GERAL PREF MIGUEL MARTIN GUALDA - AV. EURICO GASPAR DUTRA Nº 620. CENTRO - PROMISSAO/SP- CEP 16370-000.

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
Trib aprox R$: 16,14 Federal 14,40 Estadual
Fonte IBPT D26078

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100917651176886480000084992
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.003
NOSSO NUMERO	17115360000917651
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	11/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	10/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	849,92
VALOR COBRADO	849,92

NR.AUTENTICACAO 5.5D9.6A1.190.6B2.7EC

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1438106 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4381 0610 5905 7980

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 DENTRO ESTADO	135210564535833 21/05/2021 20:40:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	21/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		21/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1438106/1	11/06/2021	849,92	1438106/2	18/06/2021	849,92	1438106/3	25/06/2021	850,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.550,00	459,00	0,00	0,00	2.550,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.550,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,673	2,673

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
010358	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) L: 21030622 Q: 300,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	AP	300,00	8,50	2.550,00	2.550,00	459,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 24/05/2021 Pedido: 1932064 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932064 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.01
0148100148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R$ 87.802,50
DEBITO EM: 11/06/2021

==========

DOCUMENTO: 061101
AUTENTICACAO SISBB: 3.44E.286.C1A.10D.F96

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
470

Data e Hora da Emissão	10/06/2021 13:56:45	Competência	10/6/2021	Código de Verificação	7HU3VE5YL
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01; ED.	Telefone	3419-8647	e-mail	

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Objeto: Serviços Médicos Prestados em 10 (dez) leitos de UTI Adulto
Local: Hospital Geral Prefeito Miguel Martin Gualda, localizado, à Avenida General Eurico Gaspar Dutra, 620, Centro, CEP 16390-000, Promissão/SP.
Convênio Convênio 0004/2021
Periodo 01 a 31 de Maio - de Segunda a domingo - 24 hrs / dia
Qtdade de Plantões 62
Valor Plantão UTI R$ 1.278,00
Valor Diarista UTI R$ 500,00
Valor Coordenador UTIR$ 15.000,00
Corpo Clinico e Horarios Profissionais descritos com seus respectivos CRM no Relatório de Atividades com Escala Médica anexa

Código do Serviço / Atividade

8610101 / 4.03 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	608,12	COFINS (R$)	2.806,68	IR (R$)	1.403,34	INSS (R$)		CSLL (R$)	935,56

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	93.556,20	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	93.556,20
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	5.753,70	0-Nenhum	Base de Cálculo	93.556,20
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	3,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	87.802,50	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	2.806,69

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://SaoCarlos.sigiss.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral 06
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissao - UTI

Winter - Gestão e Consultoria Médica

01/06/2021 - 30/06/2021

WINTER MEDICAL SERVICES

Junho / 2021

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	31/05	**01/06**	**02/06**	**03/06**	**04/06**	**05/06**	**06/06**
DIURNO 07:00 19:00		Cristian	Luiza Monteiro	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Francisco Zaparolli	Francisco Zaparolli
		Nevile Junior	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Guilherme Benfatti	Gabriela Gonçalves
Noturno 19:00 07:00		Cristian	Mauricio L.	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Francisco Zaparolli	Francisco Zaparolli
		Nevile Junior	Amauri Junior	Enéias Medina	Iara Daiane	Guilherme Benfatti	Gabriela Gonçalves
	07/06	**08/06**	**09/06**	**10/06**	**11/06**	**12/06**	**13/06**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Luiza Monteiro	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Nevile Junior	Nevile Junior
	Matheus Maciel	Nevile Junior	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Guilherme Benfatti
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Almeida	Gabriela Gonçalves	Mauricio L.	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Nevile Junior	Mauricio L.
	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Amauri Junior	Enéias Medina	Guilherme Benfatti	Iara Daiane	Gabriela Gonçalves
	14/06	**15/06**	**16/06**	**17/06**	**18/06**	**19/06**	**20/06**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Luiza Monteiro	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Ofélia Takiguchi	Ofélia Takiguchi
	Amauri Junior	Amauri Junior	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Almeida	Gabriela Gonçalves	Mauricio L.	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Ofélia Takiguchi	Nevile Junior
	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Amauri Junior	Enéias Medina	Iara Daiane	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves
	21/06	**22/06**	**23/06**	**24/06**	**25/06**	**26/06**	**27/06**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Nevile Junior	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane
	Amauri Junior	Amauri Junior	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Guilherme Benfatti	Gabriela Gonçalves
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Almeida	Gabriela Gonçalves	Mauricio L.	Francisco Zaparolli	Amauri Junior	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane
	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Amauri Junior	Enéias Medina	Iara Daiane	Guilherme Benfatti	Gabriela Gonçalves

Julho / 2021

	28/06	**29/06**	**30/06**	**01/07**	**02/07**	**03/07**	**04/07**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

https D4Sign 07ff9612-93ad-4a1b-b83e-76efdfc861a5 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Nevile Junior				
	Matheus Maciel	Amauri Junior	Gabriela Gonçalves				
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Almeida	Iara Daiane	Nevile Junior				
	Gabriela Gonçalves	Gabriela Gonçalves	Amauri Junior				

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

https D4Sign 07ff9612-93ad-4a1b-b83e-76efdfc861a5 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar ntFooter=false&pri... Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Escala UTI Promissão 06 2021 pdf

Código do documento 07ff9612-93ad-4a1b-b83e-76efdfc861a5

Assinaturas

Alejandro cristian muniz de souza
cristiandesouza@hotmail.com
Assinou

Amauri Pinto da Silva Junior
amaurimed@hotmail.com
Assinou

Enéas Medina Martines
9eneas@gmail.com
Assinou

Fabrício Farias Cardoso de Almeida
ffcalmeida@hotmail.com
Assinou

Francisco de Assis Zaparolli de Oliveira
chico_zaparolli@yahoo.com.br
Assinou

Gabriela Lopes Gonçalves
dragabrielalgoncalves@gmail.com
Assinou

Guilherme Café Soares Benfatti
guilbenf@gmail.com
Assinou

Iara Daiane Alves de Almeida
Iara.dealmeida@hotmail.com
Assinou

Luiza Gonçalves Monteiro
luizagm2@gmail.com
Assinou

Matheus Maciel Ballassini
mmballassini@hotmail.com
Assinou

Mauricio Lucianelli
mlucianelli@terra.com.br
Assinou

Nevile Riema de Paula Junior
nevile@bol.com.br
Assinou

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ofélia maria yukie takiguchi
ofelia.mt@hotmail.com
Assinou

ofélia maria yukie takiguchi

Eventos do documento

31 May 2021, 13:03:41
Documento número 07ff9612-93ad-4a1b-b83e-76efdfc861a5 **criado** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-05-31T13:03:41-03:00

31 May 2021, 13:07:43
Lista de assinatura **iniciada** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-05-31T13:07:43-03:00

31 May 2021, 13:15:25
LUIZA GONÇALVES MONTEIRO **Assinou** (Conta 167a23ef-01ca-4a22-b2cd-dc796f08108d) - Email: luizagm2@gmail.com - IP: 200.158.180.200 (200-158-180-200.dsl.telesp.net.br porta: 52490) - Documento de identificação informado: 227.861.268-94 - DATE_ATOM: 2021-05-31T13:15:25-03:00

31 May 2021, 18:19:07
AMAURI PINTO DA SILVA JUNIOR **Assinou** (Conta 7ca68983-06f1-4579-9dfd-5feef33bd45b) - Email: amaurimed@hotmail.com - IP: 177.45.83.109 (177-45-83-109.user.ajato.com.br porta: 47934) - Documento de identificação informado: 214.678.918-27 - DATE_ATOM: 2021-05-31T18:19:07-03:00

01 Jun 2021, 07:34:20
GUILHERME CAFÉ SOARES BENFATTI **Assinou** - Email: guilbenf@gmail.com - IP: 201.182.123.19 (201-182-123-19.avianet.com.br porta: 53638) - Documento de identificação informado: 394.150.578-58 - DATE_ATOM: 2021-06-01T07:34:20-03:00

03 Jun 2021, 11:25:14
OFÉLIA MARIA YUKIE TAKIGUCHI **Assinou** - Email: ofelia.mt@hotmail.com - IP: 164.163.236.196 (164.163.236.196 porta: 3664) - Documento de identificação informado: 406.986.248-07 - DATE_ATOM: 2021-06-03T11:25:14-03:00

04 Jun 2021, 12:58:01
FRANCISCO DE ASSIS ZAPAROLLI DE OLIVEIRA **Assinou** (Conta 7ef402b2-3293-4bb7-adce-4ef0b490a7a7) - Email: chico_zaparolli@yahoo.com.br - IP: 177.188.99.61 (177-188-99-61.dsl.telesp.net.br porta: 34332) - Documento de identificação informado: 303.748.188-94 - DATE_ATOM: 2021-06-04T12:58:01-03:00

04 Jun 2021, 13:06:26
GABRIELA LOPES GONÇALVES **Assinou** (Conta 3e546d99-5bbc-4204-af26-c41470eb1d76) - Email: dragabrielalgoncalves@gmail.com - IP: 177.25.205.151 (ip-177-25-205-151.user.vivozap.com.br porta: 35104) - Documento de identificação informado: 413.796.298-70 - DATE_ATOM: 2021-06-04T13:06:26-03:00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04 Jun 2021, 13:11:33
NEVILE RIEMA DE PAULA JUNIOR **Assinou** (Conta 29d87ee2-ffbf-496d-9703-f14bd64b7b76) - Email: nevile@bol.com.br - IP: 179.85.198.251 (179-85-198-251.user.vivozap.com.br porta: 30030) - Documento de identificação informado: 273.468.738-07 - DATE_ATOM: 2021-06-04T13:11:33-03:00

04 Jun 2021, 13:31:29
FABRÍCIO FARIAS CARDOSO DE ALMEIDA **Assinou** (Conta 2828bef2-fb36-4e88-88aa-36d1418a4d55) - Email: ffcalmeida@hotmail.com - IP: 179.246.208.107 (179-246-208-107.user.vivozap.com.br porta: 49922) - Geolocalização: -21.04977657740145 -50.5104121008954 - Documento de identificação informado: 077.088.477-61 - DATE_ATOM: 2021-06-04T13:31:29-03:00

04 Jun 2021, 14:51:07
MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br - IP: 177.185.160.253 (177-185-160-253.pliscabo.com.br porta: 13576) - Geolocalização: -21.4312776 -50.0744355 - Documento de identificação informado: 057.029.348-06 - DATE_ATOM: 2021-06-04T14:51:07-03:00

08 Jun 2021, 13:52:00
ENÉAS MEDINA MARTINES **Assinou** (Conta e2b3fbe1-253d-48bc-a68c-70aa915e5203) - Email: 9eneas@gmail.com - IP: 177.54.149.102 (mrspock.lojavirtualglobal.com.br porta: 52386) - Geolocalização: -21.426622076579132 -50.06919930824289 - Documento de identificação informado: 098.049.118-50 - DATE_ATOM: 2021-06-08T13:52:00-03:00

10 Jun 2021, 15:23:20
ASSINATURA PRESENCIAL - ALEJANDRO CRISTIAN MUNIZ DE SOUZA **Assinou** (Conta e2c8fee7-965d-4fa8-a70f-52f2b698d27d) - Email: cristiandesouza@hotmail.com (não verificado) - IP: 186.209.74.174 (static.clig.com.br porta: 4398) - Documento de identificação informado: 218.857.208-40 - DATE_ATOM: 2021-06-10T15:23:20-03:00

10 Jun 2021, 15:24:50
ASSINATURA PRESENCIAL - IARA DAIANE ALVES DE ALMEIDA **Assinou** - Email: Iara.dealmeida@hotmail.com (não verificado) - IP: 186.209.74.174 (static.clig.com.br porta: 5956) - Documento de identificação informado: 351.207.518-57 - DATE_ATOM: 2021-06-10T15:24:50-03:00

10 Jun 2021, 15:25:20
ASSINATURA PRESENCIAL - MATHEUS MACIEL BALLASSINI **Assinou** - Email: mmballassini@hotmail.com (não verificado) - IP: 186.209.74.174 (static.clig.com.br porta: 5414) - Documento de identificação informado: 324.950.928-02 - DATE_ATOM: 2021-06-10T15:25:20-03:00

Hash do documento original
(SHA256):c63f9950c80f8fe34acbd510e257022c357ab6ffe14ffd8d7398b913d37c5a5b
(SHA512):c857a4f9472c2d3b203e334c3e011f6c8e87324f1c81c6476afea1b776e41999bd6682b026a69ebe1b26ea5a9d408bb08ce0833c759eb7371f6d640a304e0412

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

GERENCIANET S.A.

36490000430001924790700000000158886490000049500
BENEFICIARIO:
GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA
NOME FANTASIA:
GRAFICA
CNPJ: 04.159.909/0001-48
BENEFICIARIO FINAL:
GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA
CNPJ: 04.159.909/0001-48
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICENTE DO
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.401
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	495,00
VALOR COBRADO	495,00

NR.AUTENTICACAO D.807.687.B02.71D.CA2

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
2635

Código de Verificação de Autenticidade
1W5XKTWPC

Data e Hora de Emissão da NFS-e
18/06/2021 às 09:03:43

Chave de Acesso
689308GZQI907FYUOC2JXMNZ7S3DOPH5

Para certificação da autenticidade acesse http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**PROMISSAO-SP**	**PROMISSAO - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				18/06/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
04.159.909/0001-48	**564.070.547.118**	**2153**	**00012623**	GRAFICA MODELO DE PROMISSÃO LTDA - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA DR ERICO DE ABREU SODRE, 453		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16370-000	**PROMISSÃO-SP**	**03541-6047**	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02			**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**

Logradouro	Complemento	Bairro
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		**Jardim Ariano**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
16400-400	**LINS - SP**	**3527108**	**14 35325198**	**ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br;**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
5,00	BL	IMPRESSÃO BLOCOS SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM (UTI)	99,00000	R$ 495,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **13.05**

Composição gráfica, fotocomposição, clicheria, zincografia, litografia,fotolitografia

Construção Civil

Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
2.01%	**0000130000004**			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 495,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 495,00**	**R$ 9,95**	**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$ 495,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

percentual aproximado dos tributos: 6,00%

14/06/ Promissão

UTI-ADULTO PROMISSÃO
18/06/21

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso: Estadual
Secretaria de Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBI(EMOS) DE **GRAFICA MODELO DE PROMISSÃO LTDA - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2635** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **1W5XKTWPC**.

Data	CPF/RG	Assinatura
___/___/_____	_____	_____

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399216370200000004853021701049686490000870000
BENEFICIARIO:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
BENEFICIARIO FINAL:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.402
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	8.700,00
VALOR COBRADO	8.700,00

NR.AUTENTICACAO 7.536.FCC.C91.E13.57F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Uniao Quimica Farmaceutica Nacional S/A

União Química Farmacêutica Nacional S/A

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 504476
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0560 6659 8100 0975 5500 1000 5044 7613 0316 9936

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 merc.adq.rec.terceiros dest.fi contribuinte	131214156489891 13/05/2021 09:21:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755260375	813013256118	60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL	45.349.461/0001-02	13/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO	16400-400	13/05/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA/ENTRADA
LINS	551435325198	SP		09:20:43 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 0092816641, Valor original: 8.700,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Líquido: 8.700,00

Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor
001	12/06/2021	8.700,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.700,00	348,00	0,00	0,00	0,00	8.700,00

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	8.700,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
INTEC INTEGRACAO NACIONAL DE TRANSP DE ENCOMENDAS	0 - Remetente				52.134.798/0005-91

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R TOM JOBIM 600	CONTAGEM	MG	1861413310055

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	VOLUME			21,000	21,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC.ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
0000000000001002198	TAZOMAZ 4,5G INJ X 10 FA L PT0421015A V 31.12.2022 Q 30,000. Vlr. aprox. trib.: 2.568,24. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1049714320070	30049099	100	6108	UN	30,0000	290,000000	8.700,00	0,00	8.700,00	348,00	0,00	4,00	

14 / 06 / 21

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
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. COMPRADOR FARM ANDERSON. Base calculo ICMS: R$8.700,00 Valor ICMS partilha: R$ 1.218,00 ICMS FECP: R$ 0,00. Num. pedido cliente: 00721. Ordem de venda: 5398888. Remessa: 82043836.

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
/ /

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001114974171886510000055131
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.403
NOSSO NUMERO	13048400001114974
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	551,31
VALOR COBRADO	551,31

NR.AUTENTICACAO 9.812.BFB.43C.3DD.3D5

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM – MG
CEP 32669-712 – 3134394300

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0596104 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5961 0411 3913 1147

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO		131214162291762 17/05/2021 20:25:53
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	17/05/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	17/05/2021
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0596104/1	14/06/2021	551,31						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
551,31	66,16	0,00	0,00	551,31

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	551,31

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM			MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00005	0,848	0,848

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
023638	VASOPRESSINA SINTETICA 20U (BIOLAB SANUS) L: 10545 78 Q: 20,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2022, nFCI: 4AF75F3D-2D05-48D6-916D-4E799F5C5A8A	30043999	500	6108	AP	20,00	23,90	478,00	478,00	57,36	0,00	12,00	0,00
003148	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 26584305 Q: 120,0000 F: 30/08/20 V: 30/08/2022	30049069	000	6108	AP	120,00	0,6109	73,31	73,31	8,80	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 18/05/2021 Pedido: 1926461 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1926461 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800 Cobranca Privado AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 28,68 : LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital de PROMISSÃO
UTI ADULTO
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004750094601049186510000191796
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.404
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.917,96
VALOR COBRADO	1.917,96

NR.AUTENTICACAO C.421.9CC.CAE.BB9.F1F

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 209387
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2093 8710 0086 2679

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210541739935 17/05/2021 14:13:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	17/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	17 MAI 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 14/06/2021 1.917,96

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
1.917,96	291,67	0,00	0,00	1.917,96

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.917,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
11	CAIXA			35,20	35,20

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
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H923 (5) 11/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H923, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183119	200	5102	CX	5	83,3220	416,61	416,61	55,41		13,30	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT I09 (5) 01/2026 (Fornecedor: 1156, Lote: I09, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2026)	90183119	200	5102	CX	5	144,6260	723,13	723,13	96,18		13,30	
28881	LUVA P/PROC.N.EST.NITR.S/PO M C/10-BLUE-SAIL LT 20200011A (1) 02/2025 (Fornecedor: 7990, Lote: 20200011A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	40151900	200	5102	CX	1	778,2200	778,22	778,22	140,08		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R5V11||
Pedido: 208893
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,31

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:01
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001115887174186510000129987
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.405
NOSSO NUMERO	13048400001115887
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.299,87
VALOR COBRADO	1.299,87

NR.AUTENTICACAO 5.79F.D3B.4B8.B1C.58D

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM – MG
CEP 32669-712 – 3134394500

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0597943 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5979 4318 8803 8006

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO	131214170494918 24/05/2021 12:52:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	24/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	24/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0597943/1	14/06/2021	1.299,87	0597943/2	21/06/2021	1.299,87	0597943/3	28/06/2021	1.300,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.900,00	468,00	0,00	0,00	3.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,124	2,124

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 2 1051002 Q: 120,0000 F: 01/05/21 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/98 B1	30049069	000	6108	AP	120,00	32,50	3.900,00	3.900,00	468,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL UNID.NEGOC : 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Equot;UTI COVID SANTA CASA DE LINSEquot; DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1932289 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932289 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
14/06/21

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23793398039115200001399002935700886510000815850
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.406
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	14/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	8.158,50
VALOR COBRADO	8.158,50

NR.AUTENTICACAO 2.07E.944.9CC.714.7C7

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 215658
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2156 5810 0069 9549

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.		135210602770258 31/05/2021 17:59:50
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)		45.349.461/0001-02	31/05/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	31 MAIO 2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX / UF / INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198 SP		

FATURA / DUPLICATA

001 14/06/2021 8.158,50

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
8.158,50	979,02	0,00	0,00	7.770,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR TOTAL DO IPI** / **VALOR TOTAL DA NOTA**
388,50	0,00		0,00	0,00 / 8.158,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO			SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			5,25	5,25

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
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-091/21 (3) 04/2-023 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-091/21, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	500	5102	CX	3	2.590,0000	7.770,00	8.158,50	979,02		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 214986
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Deposito no Bradesco - Ag:3398 Conta:29357-1 (Cod.Ident.: 45349461000102)
Setor de Cobranca: (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

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
14/06/21

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

CONVÊNIO Nº 004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Guaida" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004755434501049186520000134641
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.501
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.346,41
VALOR COBRADO	1.346,41

NR.AUTENTICACAO E.EDD.1F8.1D1.8E3.B6C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 516914
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5169 1410 0021 8941

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214163487828 18/05/2021 14:30:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	18/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	18 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 15/06/2021 1.346,41

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
1.346,41	161,57	0,00	0,00	1.346,41

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.346,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			0,30	0,30

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
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 21040600 (2) 04/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21040600, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/-2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	000	6108	CX	2	673,2050	1.346,41	1.346,41	161,57		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#B4V1||
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 80,78
Pedido: 484664
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000,
PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,00

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ADULTO PROMISSÃO

Mercadoria avariadas, ou falhas
so serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.

15/06

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23793398039115300002003002935702786520000815850
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.502
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	8.158,50
VALOR COBRADO	8.158,50

NR.AUTENTICACAO C.16D.F0F.3FF.6CD.832

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE (SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 216195
SÉRIE 1

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 216195
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0611 2060 9900 0441 5500 1000 2161 9510 0119 8190

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: 135210607937179 01/06/2021 16:18:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	01/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	01 JUN 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 15/06/2021 8.158,50

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
8.158,50	979,02	0,00	0,00	7.770,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
388,50	0,00		0,00	0,00	8.158,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			5,25	5,25

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
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-092/21 (3) 04/2-023 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-092/21, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	500	5102	CX	3	2.590,0000	7.770,00	8.158,50	979,02		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 215549
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Deposito no Bradesco - Ag:3398 Conta:29357-1 (Cod.Ident.: 45349461000102)
Setor de Cobranca: (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

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

15/06

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790014039000001183439011554100586540000027380
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.503
DATA DE VENCIMENTO	17/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	273,80
VALOR COBRADO	273,80

NR.AUTENTICACAO 7.AD4.547.7AB.2BB.9FC

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RUA WA[illegible]AL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - F[illegible]RIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000166528 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0503 7487 6900 0180 5500 1000 1665 2815 4893 7948

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	135210550625093 19/05/2021 08:39:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	19/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000		19/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		08:36:40

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	166528	273,80	0,00	273,80

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	17/06/2021	273,80									

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
27,80	5,00	0,00	0,00	75,03	273,80
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	273,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000012619	COPO PLAST. MAIS 180 ML TRANSP. CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	118,00	0,00	118,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000004656	SABONETEIRA PREMISSE VELOX P/REFIL	39229000	000	5102	und	1,000	27,80	0,00	27,80	27,80	5,00	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 33,42 Federal, 41,60 Estadual e 0,00 Municipal Fonte: IBPT/empresometro.com.br (B95EF4).	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

UTI - ADULTO PROMISSÃO
15 / 06 / 21

Transmitido por DocFix

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100917652174286550000084992
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.504
NOSSO NUMERO	17115360000917652
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	849,92
VALOR COBRADO	849,92

NR.AUTENTICACAO A.A46.23A.A35.E39.F75

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1438106 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4381 0610 5905 7980

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 DENTRO ESTADO		135210564535833 21/05/2021 20:40:35
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	21/05/2021
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		JARDIM ARIANO	16400-400		21/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP			

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1438106/1	11/06/2021	849,92	1438106/2	18/06/2021	849,92	1438106/3	25/06/2021	850,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.550,00	459,00	0,00	0,00	2.550,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.550,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,673	2,673

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
010358	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) L: 21030622 Q: 300,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	AP	300,00	8,50	2.550,00	2.550,00	459,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 40374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 24/05/2021 Pedido: 1932064 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932064 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI - ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	05/2021
IDENTIFICADOR	45349461000536
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
VALOR DO INSS	10.496,31
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	10.496,31

DOCUMENTO: 061701
AUTENTICACAO SISBB: 3.EE4.08B.6F9.2DB.E92

******** VIA EMPREGADOR ********

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	05/2021
IDENTIFICADOR	45349461000536
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
VALOR DO INSS	10.496,31
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	10.496,31

DOCUMENTO: 061701
AUTENTICACAO SISBB: 3.EE4.08B.6F9.2DB.E92

******** VIA CONTRIBUINTE ********

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
4 - COMPETÊNCIA	05/2021
5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0005-36
6 - VALOR DO INSS	10.496,31
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	10.496,31

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 45.349.461/0005-36
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV DA SAUDADE 1496 SALA 2

PROMISSAO SP
CEP 16370-000

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 18/06/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
4 - COMPETÊNCIA	05/2021
5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0005-36
6 - VALOR DO INSS	10.496,31
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	10.496,31

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 45.349.461/0005-36
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV DA SAUDADE 1496 SALA 2

PROMISSAO SP
CEP 16370-000

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 18/06/2021

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	2.591,30	0,00	0,00	0,00	8,81	228,34
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	3.011,56	0,00	0,00	0,00	9,44	278,77
4964	ALINE TOMAZ DOS SANTOS MARCOLINO	226,07	0,00	0,00	0,00	7,50	16,95
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	5.521,46	0,00	0,00	0,00	11,33	624,28
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	2.553,05	0,00	0,00	0,00	8,76	223,75
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	2.109,89	0,00	0,00	0,00	8,22	173,39
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	4.329,30	0,00	0,00	0,00	10,56	457,38
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	2.126,55	0,00	0,00	0,00	8,22	174,88
40	CRISTIANA ARANHA	2.086,50	0,00	0,00	0,00	8,21	171,28
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	2.923,35	0,00	0,00	0,00	9,17	268,19
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	1.870,00	0,00	0,00	0,00	8,12	151,80
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
4241	ELISANGELA ALVES DA SILVA	1.698,76	0,00	0,00	0,00	7,96	134,64
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
4557	GISELE ROSA COELHO DE SOUZA	1.858,70	0,00	0,00	0,00	8,05	148,91
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRESCA	1.965,09	0,00	0,00	0,00	8,37	160,35
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE CARVALHO	1.663,81	0,00	0,00	0,00	8,01	133,24
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
4532	JOYCE GARCIA DOS SANTOS	1.350,25	0,00	0,00	0,00	7,69	103,60
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	6.087,80	0,00	0,00	0,00	11,56	703,57
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	4.685,59	0,00	0,00	0,00	10,83	507,26
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	3.090,88	0,00	0,00	0,00	9,33	288,29
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	2.427,43	0,00	0,00	0,00	8,35	201,35
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	3.237,25	0,00	0,00	0,00	9,45	305,86
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	2.025,97	0,00	0,00	0,00	8,19	165,83
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	2.365,44	0,00	0,00	0,00	9,10	201,24
3536	MARIA LAURA MARTINS	4.194,70	0,00	0,00	0,00	10,45	438,53
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	4.462,55	0,00	0,00	0,00	9,89	420,93
4381	MONICA TERRUEL	1.350,25	0,00	0,00	0,00	7,69	103,60
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	567,43	0,00	0,00	0,00	7,50	42,55
4503	NAYARA CARRIJO DA COSTA	3.067,74	0,00	0,00	0,00	9,31	285,52
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	2.130,70	0,00	0,00	0,00	8,23	175,26
4799	PLINIO HERNANDES	4.084,83	0,00	0,00	0,00	10,36	423,15
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	2.720,87	0,00	0,00	0,00	8,74	235,34
26	RENATA FERREIRA	2.852,31	0,00	0,00	0,00	9,10	259,66
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	1.857,53	0,00	0,00	0,00	8,11	150,67
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	4.763,94	0,00	0,00	0,00	10,88	518,23
31	SHAWANA DE SOUZA	4.587,64	0,00	0,00	0,00	10,76	493,54
4191	THAINA DOS REIS PIO SILVA	1.575,31	0,00	0,00	0,00	7,87	123,62
4412	VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO	2.275,79	0,00	0,00	0,00	8,22	186,02
CONTRIBUINTES							
10003	MARIA ELIANE SCHIMIDTT	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Empregados: 43	Total: 112.470,59	0,00	0,00	0,00		10.496,31
	Contribuintes: 1	Total: 0,00	1,00	0,00	0,00		0,00
	Total: 44	Total: 112.470,59	1,00	0,00	0,00		10.496,31

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	112.470,59	1,00	10.496,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.496,31

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	85600000027 07500064116
	91453494610 00105611151
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	----------
NUMERO DO CPF	----------
CODIGO DA RECEITA	----------
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	----------
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	----------
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	2.707,50

DOCUMENTO: 061702
AUTENTICACAO SISBB: D.10A.DCA.5B2.BE4.66F

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	2.707,50
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	2.707,50

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 05 2021 UTI PRO MISSÃO

DARF válido para pagamento até 18/06/2021

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.70.72.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85600000027-8 07500064116-9 91453494610-0 00105611151-9

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	18/06/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	2.707,50
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	2.707,50

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 05 2021 UTI PRO MISSÃO

DARF válido para pagamento até 18/06/2021

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.70.72.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85600000027-8 07500064116-9 91453494610-0 00105611151-9

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
eríodo: 01/05/2021 a 31/05/2021									
MPREGADOS									
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	Férias	3.226,67	304,59	189,59	1	7,50	142,80	62,14
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	Mensal 04/21	2.854,38	310,49	0,00	0	7,50	142,80	47,99
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	Mensal 04/21	2.561,04	224,71	189,59	1	7,50	142,80	18,21
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIF	Mensal 04/21	4.680,83	506,59	0,00	0	22,50	636,13	303,07
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	Mensal 04/21	2.903,08	265,76	0,00	0	7,50	142,80	55,00
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	Mensal 04/21	3.633,68	359,99	0,00	0	15,00	354,80	136,25
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNED/	Férias	2.273,17	190,17	0,00	0	7,50	142,80	13,43
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	Mensal 04/21	2.844,50	258,73	0,00	0	7,50	142,80	51,13
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	Mensal 04/21	5.406,30	608,16	189,59	1	22,50	636,13	400,79
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	Mensal 04/21	4.563,16	490,12	0,00	0	22,50	636,13	280,30
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	Mensal 04/21	3.051,52	283,57	189,59	1	7,50	142,80	50,58
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	Mensal 04/21	2.245,64	186,86	0,00	0	7,50	142,80	11,61
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	Mensal 04/21	3.237,25	305,86	189,59	1	7,50	142,80	62,84
3536	MARIA LAURA MARTINS	Mensal 04/21	4.194,70	438,53	0,00	0	22,50	636,13	209,01
4799	PLINIO HERNANDES	Mensal 04/21	4.084,83	423,15	0,00	0	15,00	354,80	194,45
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	Mensal 04/21	3.538,99	346,73	0,00	0	15,00	354,80	124,04
26	RENATA FERREIRA	Mensal 04/21	2.886,93	263,82	189,59	1	7,50	142,80	39,71
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	Mensal 04/21	5.467,76	616,76	189,59	1	22,50	636,13	412,69
31	SHAWANA DE SOUZA	Mensal 04/21	4.325,21	456,80	0,00	0	22,50	636,13	234,26
		Total:	67.979,64	6.841,39					2.707,50
mpregados:	19 Estagiários: 0 Contribuintes: 0	Total:	67.979,64	6.841,39	1.327,13				2.707,50
'otal Geral:									
mpregados:	19 Estagiários: 0 Contribuintes: 0	Total:	67.979,64	6.841,39	1.327,13				2.707,50

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.		Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos		04/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal	04/2021	0,00	66.266,88	0,00	66.266,88	0,00
0588	Mensal	04/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador				66.266,88	0,00	66.266,88	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - AGENCIA PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	31/05/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	18/06/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	401,01
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	401,01

AUTENTICACAO SISBB: 7.57C.59C.E98.484.24B

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 061703

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
02 PERÍODO DE APURAÇÃO →		31/05/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →		45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →		5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →		
06 DATA DE VENCIMENTO →		18/06/2021
Data limite para acolhimento: **18/06/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	07 VALOR DO PRINCIPAL →	401,01
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	401,01
SENDA (Versão:5.0.0) 15/06/2021 10:07:55	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
02 PERÍODO DE APURAÇÃO →		31/05/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →		45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →		5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →		
06 DATA DE VENCIMENTO →		18/06/2021
Data limite para acolhimento: **18/06/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	07 VALOR DO PRINCIPAL →	401,01
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	401,01
SENDA (Versão:5.0.0) 15/06/2021 10:07:55	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

17/06

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Valor Bruto	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
17/04/2021	1547674	Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ 2.773,80	R$ -	R$ 41,61	R$ 128,98		R$ 170,59	R$ 2.603,21
04/05/2021	1515	Unilab - Lab. Analises Clinicas Lins Eireli	R$ 4.600,00	R$ -	R$ 69,00	R$ 213,90		R$ 282,90	R$ 4.317,10
06/05/2021	1975	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.250,00	R$ -	R$ 18,75	R$ 58,13		R$ 76,88	R$ 1.173,13
					R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -		R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ 8.623,80	R$ -	R$ 129,36	R$ 401,01	R$ -	R$ 530,36	R$ 8.093,44

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - AGENCIA	PROMISSAO SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	17/06/2021
PERIODO DE APURACAO	31/05/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	18/06/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	129,36
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	129,36

AUTENTICACAO SISBB: B.6D0.016.659.BA6.967
Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 061704

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais
DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/05/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	18/06/2021
Data limite para acolhimento: **18/06/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	07 VALOR DO PRINCIPAL →	129,36
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	129,36
SENDA (Versão:5.0.0) 15/06/2021 10:07:49	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais
DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/05/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	18/06/2021
Data limite para acolhimento: **18/06/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	07 VALOR DO PRINCIPAL →	129,36
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	129,36
SENDA (Versão:5.0.0) 15/06/2021 10:07:49	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

17/06

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Valor Bruto	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
17/04/2021	1547674	Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ 2.773,80	R$ -	R$ 41,61	R$ 128,98		R$ 170,59	R$ 2.603,21
04/05/2021	1515	Unilab - Lab. Analises Clinicas Lins Eireli	R$ 4.600,00	R$ -	R$ 69,00	R$ 213,90		R$ 282,90	R$ 4.317,10
06/05/2021	1975	Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.250,00	R$ -	R$ 18,75	R$ 58,13		R$ 76,88	R$ 1.173,13
					R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -		R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ 8.623,80	R$ -	R$ 129,36	R$ 401,01	R$ -	R$ 530,36	R$ 8.093,44

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

Convenio	FGTS ARREC GRRF	
Codigo de Barras	85880000022-9	54090239202-7
	10618166159-0	00553494612-8
Data do pagamento		17/06/2021
Identificador		16615900553494612
Data de vencimento		18/06/2021
Valor Total		2.254,09

DOCUMENTO: 061705
AUTENTICACAO SISBB: D.44B.5CF.A83.552.433

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/06/2021 16:36:53

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	45.349.461/0005-36

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620	14-35325198	16.370-000

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	PROMISSAO	SP	639	1	1

11- Identificador

16615900553494612

12- Total a Recolher

2.254,09

13- Data de Validade = 18/06/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858800000229 540902392027 106181661590 005534946128

Autenticação mecânica

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/06/2021 16:36:53

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	45.349.461/0005-36

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620	14-35325198	16.370-000

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	PROMISSAO	SP	639	1	1

11- Identificador

16615900553494612

12- Total a Recolher

2.254,09

13- Data de Validade = 18/06/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858800000229 540902392027 106181661590 005534946128

Autenticação mecânica

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Via Banco

18/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:09:53
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 18/06/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.106.291
VALOR TOTAL 9.835,45
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIA LAURA MARTINS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 106.291-3
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 4.22B.4A4.936.C6A.235

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620, SALA 1				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
PROMISSAO	SP	16.370-000	8610-1/01	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
207.78769.18-0	MARIA LAURA MARTINS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
ALZIRA FERRATO MARTINS , 126				JARDIM
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
PROMISSAO	SP	16.370-000	71261 - 315 / SP	405.914.448-79
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
18/10/1990	SIMONE VIERA ENCINAS MARTINS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento

Despedida sem justa causa, pelo empregador

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
4.194,70	22/05/2020		11/06/2021	SJ2

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00	0,00	01 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 11/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.068,14	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 80,67	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras 76,30 horas a 100%	R$ 2.173,25	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 217,33	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	R$ 1.756,93	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R$ 316,87	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 22/05/2020 a 21/05/2021	R$ 3.896,17	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 1.404,34
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 (ADICIONAL DE COORDENAÇÃO)	R$ 389,25				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 11.302,95**

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$ 401,28	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 141,62
114.1 IRRF	R$ 924,60	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 1.467,50**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 9.835,45**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Prontuário UTI 17/08 aq.

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0005-36	02 Razão Social/Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 207.78769.18-0	11 Nome MARIA LAURA MARTINS			
17 CTPS (nº, série, UF) 71261 - 315 / SP	18 CPF 405.914.448-79	19 Data de Nascimento 18/10/1990	20 Nome da Mãe SIMONE VIERA ENCINAS MARTINS	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 22/05/2020	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 11/06/2021	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legitimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.
Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Promissão / 24 de Junho de 2021.

ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois

21/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 14:43:07
014800148 SEGUNDA VIA 0008
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 21/06/2021
NR. DOCUMENTO 550.058.000.072.625
VALOR TOTAL 6.678,08
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: UNILAB - LABORATORIO DE A
AGENCIA: 0058-2 CONTA: 72.625-7
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 9.724.343.DA1.EF6.CAF

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	Data de Emissão	Data e Hora da Competência	Código de Verificação
1563	04/06/2021	04/06/2021 às 12:16:57	0040-2628-0533

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	18.633.200/0001-47	**Cód. Mobiliário**	101385	**Insc. Mun.**	101385
Nome	UNILAB - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIRELI			**RG/IE**	ISENTO
Logradouro	RUA-NOVE DE JULHO			**Número**	707
Bairro	CENTRO			**CEP**	16400-110
Município	LINS			**UF**	SP

Autenticação

Situação	Não Optante do Simples Nacional
Telefones	(14) 3522-4168
E-Mail's	ESCPAULISTA@UOL.COM.BR

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	**RG/IE**	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	**Cód. Mobiliário**	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	**Telefone**	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	**Número**	303
Bairro	JARDIM ARIANO	**CEP**	16400-400
Município	LINS	**UF**	SP
Complemento	SALA 03	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVIÇOS PRESTADOS	7.115,7000	1,00	0,00	0,00	7.115,70

Valor Total dos Serviços - R$7.115,70

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS EM MAIO DE 2021
BANCO DO BRASIL
AG: 0058-2
C/C: 72625-7
UNILAB-LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIRELI

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
46,25	213,47		106,74	71,16		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 7.115,70

Atividade
8640202-Laboratórios clínicos

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Normal	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,0000	7.115,70	0,00	437,62	142,31

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 6.678,08

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: UNILAB - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIRELI CNPJ: 18.633.200/0001-47

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1563** emitida em **04/06/2021** às **12:16:57** - Cód Verif **0040-2628-0533**
Condições de Pagamento: Vencimento: 04/06/2021 Valor Total R$ **7.115,70** Valor Líquido R$ **6.678,08**
Ass: _____ em ____/____/____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399913906050000000900866001019786570000086400
BENEFICIARIO:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
NOME FANTASIA:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
BENEFICIARIO FINAL:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.101
DATA DE VENCIMENTO	20/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	864,00
VALOR COBRADO	864,00

NR.AUTENTICACAO 2.35E.3EC.B54.01F.AFD

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Promissão

Número da Nota: 000000007097-1	**Data de Emissão:** 02/06/2021

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA ME
CPF/CNPJ: 10.710.409/0001-55 **Inscrição Municipal:** 549188 **Tipo:** ME
CEP: 17016-230 **Endereço:** RUA LUSO BRASILEIRA, 4-44, SALA 710B **Cidade:** BAURU/SP
Fone: (14) 3232-4777 **E-Mail:** thais@paulistacontabilidade.com.br
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **CEP:** 01640-040 **Cidade:** LINS/SP
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
E-Mail: clsato@ahbb.org.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE - PROD 05/2021 PROJ UTI PROMISSAO
TRIB APROX R$: 116,21 FEDERAL E 33,78 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A

Atividade:
Não informada

Código do Serviço:
1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 864,00	**Alíquota (%)** 2,00	**Valor do ISS (R$)** 17,28	**Valor Total da Nota (R$)** 864,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 864,00	

Chave de autenticação: EFAB478C00A21CCF9E7390F355BA3AE4

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda" 21/06/
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio Promi

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.02
0148100148 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP
CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR
CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90
VALOR: R$ 1.173,12
DEBITO EM: 21/06/2021
==========
DOCUMENTO: 062102
AUTENTICACAO SISBB: 9.ECA.A6E.77E.A64.9D5

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	2020
Data de Emissão	07/06/2021
Data e Hora da Competência	07/06/2021 às 09:17:42
Código de Verificação	0275-9381-6541

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ	11.814.918/0001-90	Cód. Mobiliário	76568	Insc. Mun.	2.299.2065
Nome	DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME			RG/IE	521.154.679.119
Logradouro	RUA-FERNANDO RIBEIRO DE BARROS			Número	370
Bairro	CENTRO			CEP	16300-031
Município	PENÁPOLIS			UF	SP

Autenticação

Situação: Não Optante do Simples Nacional

Telefones:

E-Mail's:

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	Telefone	
Inf. Comp.			
Logradouro	-AV JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	HOSPITAL	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.250,0000	1,00	0,00	1.250,00

Valor Total dos Serviços - R$1.250,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REF 05/2021 - UTI PROMISSÃO
ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
8,13	37,50		18,75	12,50		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.250,00

Atividade
17.01-ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA; ANÁLISE, EX

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Normal	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	1.250,00	0,00	76,88	37,50

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 1.173,12

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

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 n.º **2020** emitida em **07/06/2021** às **09:17:42** - Cód Verif **0275-9381-6541**
Condições de Pagamento: Vencimento: 07/06/2021 Valor Total R$ **1.250,00** Valor Líquido R$ **1.173,12**

Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" 21/06/____
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DESTRA - ASSESSORIA EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CNPJ: 11.814.918/0001-90

Rua Fernando Ribeiro de Barros, 370, 370 - Bairro CENTRO

16300-031 - PENÁPOLIS - SP

Fone: 018-3653.8181 Fax:

Email: destra.assessoria@gmail.com

F A T U R A M E N T O

Abrangência: 01/05/2021 até 31/05/2021 - Emissão: 04/06/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - PROMISSÃO - (AHBB - UTI - PROMISSÃO) (1394) - CNPJ: 45.349.461/0005-36

Serviços Prestados

* Descrição do serviço	Total
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 05/2021	1.250,00
	Total => 1.250,00
Total => R$ 1.250,00	
Geral do Faturamento	**1.250,00**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001115888172586580000129987
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.103
NOSSO NUMERO	13048400001115888
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	21/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.299,87
VALOR COBRADO	1.299,87

NR.AUTENTICACAO 3.018.0CF.652.C51.74C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM – MG
CEP 32669-712 – 3134394300

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0597943 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5979 4318 8803 8006

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO	131214170494918 24/05/2021 12:52:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	24/05/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		24/05/2021
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0597943/1	14/06/2021	1.299,87	0597943/2	21/06/2021	1.299,87	0597943/3	28/06/2021	1.300,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.900,00	468,00	0,00	0,00	3.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,124	2,124

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 2 1051002 Q: 120,0000 F: 01/05/21 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/ 98 B1	30049069	000	6108	AP	120,00	32,50	3.900,00	3.900,00	468,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Equot;UTI COVID SANTA CASA DE LINSEquot; DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1932289 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932289 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
14/06/21

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399121986340000003811777401016986590000254500

BENEFICIARIO:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
CIRURGICA NEVES LTDA
CNPJ: 04.182.003/0001-44
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
CNPJ: 04.182.003/0001-44
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.104
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.545,00
VALOR COBRADO	2.545,00

NR.AUTENTICACAO 0.1BA.986.AA7.7F8.5E9

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Recebemos de CIRURGICA NEVES LTDA EPP. os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 25/05/2021 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 2.545,00

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.015.256
Série 003

CIRURGICA NEVES LTDA EPP.

Neves

RUA 24 DE DEZEMBRO, 1360 - ALTO CAFEZAL - MARILIA - SP - CEP: 17504-010
Fone: (14)3413-2483 - FAX: (14)3413-2483
cirurgicaneves@cirurgicaneves.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.015.256
Série 003
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0504 1820 0300 0144 5500 3000 0152 5615 8064 2105

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	135210574693530 25/05/2021 08:43:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
438194872116		04.182.003/0001-44

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	25/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	25/05/2021
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP	(14)3541-0969		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 20475 - Valor Original: R$ 2.545,00 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLíquido: R$ 2.545,00

DUPLICATAS

Número	001
Vencimento	22/06/2021
Valor	R$2.545,00

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
2.545,00	458,10	0,00	0,00	2.545,00

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	2.545,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
O MESMO	0 - REMETENTE				04.182.003/0001-44
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
O MESMO	O MESMO			SP	438194872116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Vol./Caixas	Diversos			

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	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
5071	EQUIPO GIRASET EG 0421 000 EST.(CX 50UN) LOTE ABR 2190233743530B	90189099	000	5102	UN	100,0000	25,4500	0,00	2.545,00	2.545,00	458,10	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vr Aprox.Trib. IBPT/Empresometro 182C/D529CB ==> R$ Fed:166,19 Est:305,40 Munic:0,00
Venda Presencial
ESTABELECIMENTO IMPEDIDO DE RECOLHER O ICMS/ISS PELO SIMPLES NACIONAL,NOS TERMOS DO 1 DO ART. 20 DA LEI COMPLEMENTAR N 123, DE 2006
NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.
UTI PROMISSAO

PEDIDO: 020475 ___ VENDEDOR: ___ CONDICAO DE PAGTO: 28 DIAS ___ COBRANCA: ___ CLIENTE: ___

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 25/05/2021 08:43:40

Deltress Sistemas - Versão 4.00

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790002079000000307018011955004286590000044400
BENEFICIARIO:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE
NOME FANTASIA:
CIRURGICA PAULISTA
CNPJ: 05.768.154/0001-41
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE
CNPJ: 05.768.154/0001-41
PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BILAC - S
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.105
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	444,00
VALOR COBRADO	444,00

NR.AUTENTICACAO A.351.7B7.AE5.25B.600

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

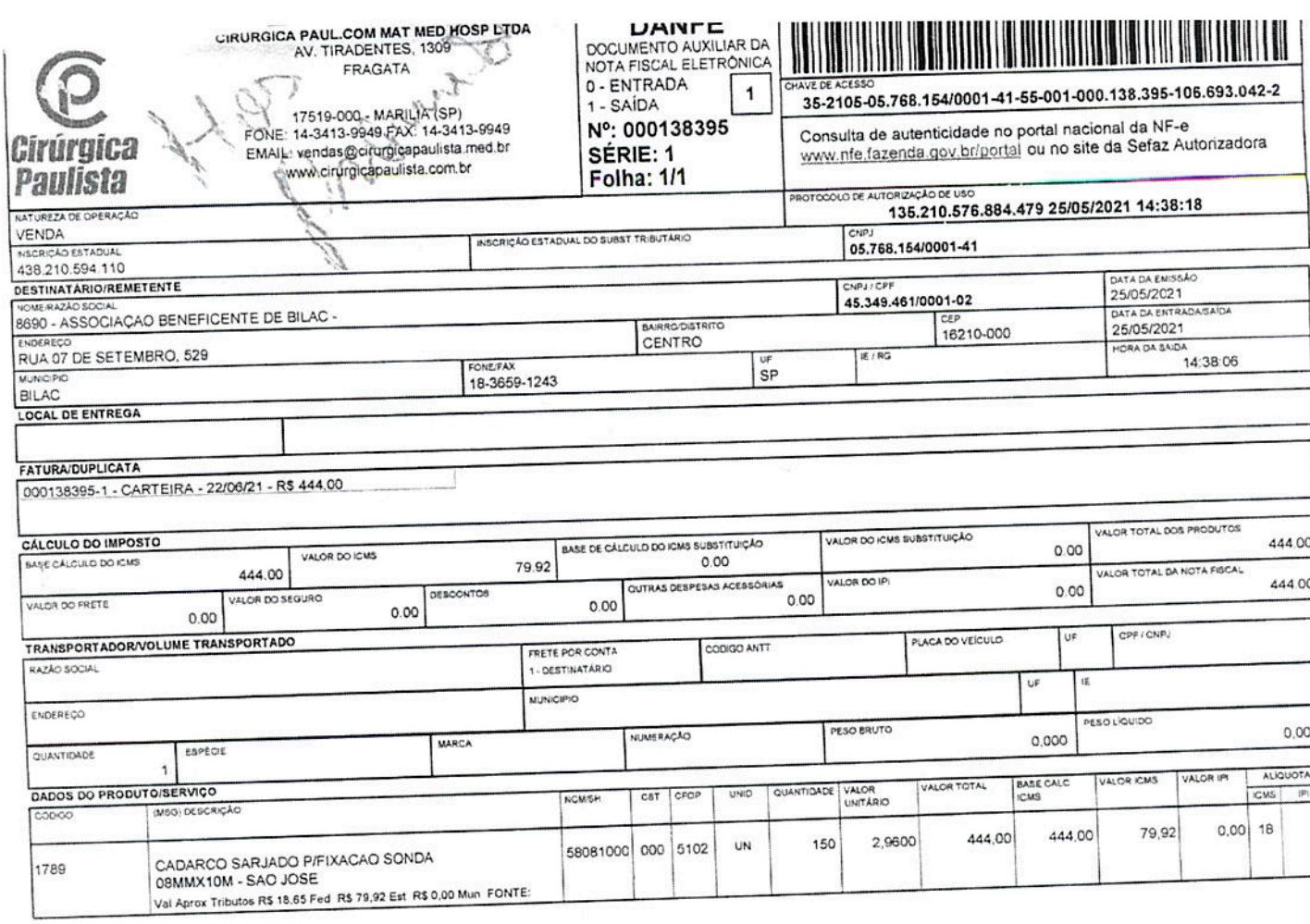
SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Cirúrgica Paulista



CIRURGICA PAUL.COM MAT MED HOSP LTDA
AV. TIRADENTES, 1309
FRAGATA

17519-000 - MARILIA (SP)
FONE: 14-3413-9949 FAX: 14-3413-9949
EMAIL: vendas@cirurgicapaulista.med.br
www.cirurgicapaulista.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº: 000138395
SÉRIE: 1
Folha: 1/1

CHAVE DE ACESSO
35-2105-05.768.154/0001-41-55-001-000.138.395-106.693.042-2

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
135.210.576.884.479 25/05/2021 14:38:18

NATUREZA DE OPERAÇÃO: VENDA
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 438.210.594.110
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST TRIBUTÁRIO:
CNPJ: 05.768.154/0001-41

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: 8690 - ASSOCIAÇAO BENEFICENTE DE BILAC -		CNPJ / CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO: 25/05/2021
ENDEREÇO: RUA 07 DE SETEMBRO, 529	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 16210-000	DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 25/05/2021
MUNICÍPIO: BILAC	FONE/FAX: 18-3659-1243	UF: SP	IE / RG:
			HORA DA SAÍDA: 14:38:06

LOCAL DE ENTREGA

FATURA/DUPLICATA
000138395-1 - CARTEIRA - 22/06/21 - R$ 444,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLCULO DO ICMS: 444,00	VALOR DO ICMS: 79,92	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 444,00
VALOR DO FRETE: 0,00	VALOR DO SEGURO: 0,00	DESCONTOS: 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS: 0,00	VALOR DO IPI: 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: 444,00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADO

RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA: 1 - DESTINATÁRIO	CODIGO ANTT:	PLACA DO VEÍCULO:	UF:	CPF / CNPJ:
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:			UF:	IE:
QUANTIDADE: 1	ESPÉCIE:	MARCA:	NUMERAÇÃO:	PESO BRUTO: 0,000	PESO LÍQUIDO: 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	(MSG) DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
1789	CADARCO SARJADO P/FIXACAO SONDA 08MMX10M - SAO JOSE Val Aprox Tributos R$ 18,65 Fed R$ 79,92 Est R$ 0,00 Mun FONTE:	58081000	000	5102	UN	150	2,9600	444,00	444,00	79,92	0,00	18	

CALCULO 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
DANFE PARA TODAS AS OPERAÇÕES.
BANCO DO BRASIL - AG. 6605-2 C/C 1791-4
CAIXA FEDERAL - AG. 4113 OP 003 C/C 926-1
AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 PROMISSÃO - SP
CEP: 16370-000 - HOSPITAL GERAL DE PROMISSAO
A/C ANDERSON
Valor Aprox Tributos R$ 18,65 - Fed, R$ 79,92 - Est, R$ 0,00 - Mun FONTE:

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
___/___/___

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100918485178686590000211776
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.106
NOSSO NUMERO	17115360000918485
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.117,76
VALOR COBRADO	2.117,76

NR.AUTENTICACAO 5.D8B.1F4.285.913.A50

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº. 1439401 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO, 1000, NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA / SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº. 1439401
SÉRIE 1 FL 1/2

CHAVE DE ACESSO
35210567729178000491550010014394011838390859

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 DENTRO ESTADO	135210578932304 25/05/2021 22:03:33	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	25/05/2021
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		JARDIM ARIANO	16400-400	25/05/2021
MUNICÍPIO	TELEFONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		21:59:55

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
001	22/06/2021	2.117,76
002	20/07/2021	2.117,76

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.109,70	724,16		0,00	0,00	4.235,52
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.235,52

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME- 13	0 - EMITENTE 1 - DESTINAT. [0]				15066184000160
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
13	VOLUME(S)		0,22726	82,519	82,519

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VL.ICMS	VLR IPI	Alíq ICMS	Alíq IPI
010697	HALOPERIDOL 5MG/ML (CRISTALIA) L: 21040729 Q: 50,0000 F: 30/04/21 V: 30/04/2024 *** Portaria 344/98 C1	30049069	00	5102	AP	50,00	4,6992	234,96	234,96	42.29	0	18.00	0
013992	AGUA PARA INJECAO 10ML (EQUIPLEX) L: 2130738 Q: 800,0000 F: 01/04/21 V: 30/04/2023	30049099	00	5102	AP	800,00	0,31	248,00	248,00	29.76	0	12.00	0
032265	CLOPIDOGREL 75MG,BISSULFATO (RANBAXY) (ITEM GENERICO) L: AB54790 Q: 28,0000 F: 30/06/20 V: 30/05/2022	30049079	00	5102	CP	28,00	0,4245	11,89	11,89	1.43	0	12.00	0
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOCHIMICO) L: 009142 Q: 50,0000 F: 30/12/20 V: 30/11/2023, nFCI: 26171385-619C-430F-88C5-5D1 500846756	30042059	00	5102	FA	50,00	7,70	385,00	385,00	69.30	0	18.00	0
031287	ALCOOL 70% 1000ML ANTISSEPTICO (VIC PHARMA) L: M29196 Q: 24,0000 F: 01/05/21 V: 30/05/2023	30039099	00	5102	L	24,00	6,60	158,40	158,40	28.51	0	18.00	0
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290827 Q: 500,0000 F: 22/10/20 V: 21/10/2022	38220090	00	5102	TI	500,00	0,5453	272,65	272,65	49.08	0	18.00	0
031861	FILTRO BACTERIANO VIRAL (BE CARE) L: 200918 Q: 60,0000 F: 18/09/20 V: 18/09/2025	90192010	00	5102	PC	60,00	6,7127	402,76	402,76	72.50	0	18.00	0
032417	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML (DESCARPACK) L: SBSPAA015D Q: 20,0000 F: 28/02/21 V: 30/01/2026	39269030	00	5102	PC	20,00	3,7968	75,94	75,94	13.67	0	18.00	0
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) L: PRODU0005678 Q: 15,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2024 *Isencao co nf. Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	40	5102	PC	15,00	8,3878	125,82	0,00		0		0
030494	CLOREXIDINA 0,5% 100ML (VIC PHARMA) L: M28894 Q: 12,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023	30039099	00	5102	FR	12,00	1,6751	20,10	20,10	3.62	0	18.00	0

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Mirandopolis DATA ENTREGA: 26/05/2021 Pedido: 1934590 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1934590 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereco: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)
-

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
Convênio nº 00004/2021 26 / 05 / 21
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde Eduardo
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO, 1000, NUCLEO RESIDENCIAL
DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA / SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA
0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]
Nº. 1439401
SÉRIE 1 FL 2/2

CHAVE DE ACESSO
35210567729178000491550010014394011838390859

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 DENTRO ESTADO	135210578932304 25/05/2021 22:03:33	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VL.ICMS	VLR I.P.I	Aliq ICMS	Aliq IPI
030141	LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 (LATEX SAO ROQUE) L: 298201 Q: 600,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2023	40151100	00	5102	PR	600,00	1,40	840,00	840,00	151,20	0	18,00	0
030142	LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5 (LATEX SAO ROQUE) L: 073213 Q: 600,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2024	40151100	00	5102	PR	600,00	1,40	840,00	840,00	151,20	0	18,00	0
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 21031271 Q: 20,0000 F: 30/03/21 V: 30/03/2023, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E17 1AF5FD	30049069	00	5102	FA	20,00	31,00	620,00	620,00	111,60	0	18,00	0

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP

CEP 13916-074

Fone: 1935225800

CC-e

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA DE NF-e

CHAVE DE ACESSO DA NF-e

3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4394 0118 3839 0859

INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ	MODELO	SÉRIE	NÚMERO DA NF-e	EMISSÃO	FOLHA
395060142110	**67.729.178/0004-91**	**55**	**1**	**1439401**	**25/05/2021**	**1/1**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
LINS	SP	1836591243	

CONDIÇÃO DE USO

A Carta de Correção é disciplinada pelo § 1º-A do art. 7º do Convênio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com: I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação; II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário; III - a data de emissão ou de saída.

EVENTOS / CORREÇÕES

SEQ	STATUS/MOTIVO	DATA DO REGISTRO	NÚMERO DO PROTOCOLO
1	**135 Evento registrado e vinculado a NF-e**	**08/06/2021 18:09:28**	**135210636351130**

***ENDEREÇO DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA, 620, CENTRO, PROMISSÃO-SP, CEP: 16370-000

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004785634101043186600000156247
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.107
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.562,47
VALOR COBRADO	1.562,47

NR.AUTENTICACAO F.EED.DB9.ED6.EFA.D46

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 207645
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2076 4510 0013 0110

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210522281317 12/05/2021 13:48:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	17 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	09/06/2021	1.562,48	002	23/06/2021	1.562,47		

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
3.000,35	533,20	0,00	0,00	3.124,95

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.124,95

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			31,67	31,67

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
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4856N4 (2) 11/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 4856N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2025)	90183219	400	5102	CX	2	9,1600	18,32	18,32	2,44		13,30	
13139	AG.DESC.25 X 07 C/100-DESCARPACK LT SA-GAAA114B (2) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA114B, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/-2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	200	5102	CX	2	10,2350	20,47	20,47	2,72		13,30	
29738	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,0 PC-HB LT 201057 (1) 09/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201057, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/09/2020, Data Val: 17/09/2025)	90189099	200	5102	PC	1	18,0800	18,08	18,08	3,25		18,00	
29739	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-HB LT 201057 (1) 09/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201057, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/09/2020, Data Val: 17/09/2025)	90189099	200	5102	PC	1	18,0800	18,08	18,08	3,25		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1949P4 (10) 04/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1949P4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/2026)	90183219	400	5102	CX	10	10,7110	107,11	107,11	14,24		13,30	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R6V3R2V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITEM 19 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 207088
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,19

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

07/06/2021

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA **1**

Nº 207645
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2076 4510 0013 0110

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
135210522281317 12/05/2021 13:48:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
24049	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-VEMA0-6-TKL LT HGEMA06-200820 (5) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: HGEMA06-200820, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 31/08/2025)	90189010	200	5102	CX	5	26,2100	131,05	131,05	23,59		18,00	
29285	SONDA FOLEY 2V N.16 05CC C/10-DESCARPACK LT SSFAAA0001 (1) 04/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183921	700	5102	PCT	1	27,7800	27,78	27,78	5,00		18,00	
22391	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 20605 (1) 07/2025 (Fornecedor: 7960, Lote: 20605, Qtde: 1 ,Data Fab: 11/07/2020, Data Val: 10/07/2025)	90183929	700	5102	CX	1	42,5200	42,52	42,52	7,65		18,00	
29103	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 C/100-VITALDERM LT 20190430 (1) 04/2024 (Fornecedor: 142, Lote: 20190430, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/04/2019, Data Val: 30/04/2024)	30051090	200	5102	PCT	1	78,3900	78,39	78,39	14,11		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 22620S06AAAA (5) 04/2022 \ LT 29519S06AAAA (1) 06/2021 (Fornecedor: 1, Lote: 22620S06AAAA, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022 / Fornecedor: 2080, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	15,6550	93,93	93,93	16,91		18,00	
30138	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/6 BR-COP LT 190F216 (2) 06/2022 (Fornecedor: 2854, Lote: 190F216, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2022)	30051090	200	5102	CX	2	21,7800	43,56	43,56	7,84		18,00	
29641	SISTEMA FECHADO ASPIR.TRAQ.N.14-VITA-GOLD LT 20200710 (5) 07/2025 (Fornecedor: 142, Lote: 20200710, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/07/2025)	90183929	700	5102	UND	5	77,5860	387,93	387,93	69,83		18,00	
27605	SCALP N.23 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA-007B (1) 09/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA007B, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/2025)	90183929	700	5102	CX	1	23,2600	23,26	23,26	4,19		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW277 (4) 11/2025 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW277, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 01/11/2025)	65069900	200	5102	PCT	4	13,3750	53,50	53,50	9,63		18,00	
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SVIBAA033S (1) 11/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SVIBAA033S, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/11/2025)	39262000	200	5102	CX	1	978,6300	978,63	978,63	176,15		18,00	
21986	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL M C/10-BLUES LT 20200084B (1) 10/2025 (Fornecedor: 7990, Lote: 20200084B, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	39262000	200	5102	CX	1	482,7100	482,71	482,71	86,89		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20201120 (2) 11/2025 (Fornecedor: 2414, Lote: 20201120, Qtde: 2 ,Data Fab: 20/11/2020, Data Val: 20/11/2025)	90183999	200	5102	CX	2	20,1350	40,27	40,27	7,25		18,00	
16868	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.20 C/10-MARK LT 16218 (1) 12/2024 (Fornecedor: 164, Lote: 16218, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2024)	90183929	000	5102	PCT	1	14,0300	14,03	14,03	2,53		18,00	
1334	COL.UR.2000ML SF C/VALV PC-BIO BAG (BIO-NAL) LT BB170321 (10) 03/2024 (Fornecedor: 423, Lote: BB170321, Qtde: 10 ,Data Fab: 17/03/2021, Data Val: 17/03/2024)	90189099	040	5102	PC	10	12,4600	124,60					
13581	EQ.MIC.C/BURE.F/A+P LL 150ML C/10-SOLIDOR LT 78220041 (2) 04/2025 (Fornecedor: 2080, Lote: 78220041, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90189010	200	5102	PCT	2	58,5000	117,00	117,00	21,06		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 207645
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2076 4510 0013 0110

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
135210522281317 12/05/2021 13:48:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 16690 (1) 03/2025 (Fornecedor: 164, Lote: 16690, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2025)	90183929	000	5102	CX	1	167,2800	167,28	167,28	30,11		18,00	
21840	INF.MULT.2V C/CLAMP C/4-0-DESCARPACK LT SEUUAA0020 (2) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0020, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/-2025)	90189010	200	5102	PCT	2	30,4500	60,90	60,90	10,96		18,00	
22992	CATETER IV 22G 0,9X25MM C/100-TKL LT 0060-9/283 (1) 08/2025 (Fornecedor: 2598, Lote: 00609/283, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2020, Data Val: 31/08/2025)	90183929	200	5102	CX	1	75,5500	75,55	75,55	13,60		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004790694201048186600000185641
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.108
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.856,41
VALOR COBRADO	1.856,41

NR.AUTENTICACAO 1.F5B.971.FFB.86E.74D

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Materiais Médicos Supermed Hospitalares

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 515874
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 7410 0012 3949

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214155103310 12/05/2021 13:00:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	09/06/2021	1.856,42	002	23/06/2021	1.856,41		

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
3.712,83	346,63	0,00	0,00	3.585,81

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
127,02	0,00		0,00	0,00	3.712,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXA			13,13	13,13

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
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV.-GEN-EMS (PORT.344/98) LT 2E3677 (4)02/23 (Fornecedor: 335, Lote: 2E3677, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/20-23)	30049079	500	6108	CX	4	4,7900	19,16	19,84	2,38		12,00	
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 21010111 (2)12/22 (Fornecedor: 47, Lote: 21010111, Qtde: 2 ,Data Fab: 07/12/20-20, Data Val: 07/12/2022)	30049099	000	6108	CX	2	673,2050	1.346,41	1.394,10	167,29		12,00	
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 21-010230 (2)12/22 (Fornecedor: 47, Lote: 21-010230, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/12/2020, Data Val: 28/12/2022)	30049099	300	6108	CX	2	597,0000	1.194,00	1.236,30	49,45		4,00	
29987	OMOPREL 20MG 56CAP-BELFAR LT 11112 (1)01/-23 (Fornecedor: 6348, Lote: 011112, Qtde: 1 ,Data Fab: 28/01/2021, Data Val: 28/01/-2023)	30049069	000	6108	CX	1	5,9800	5,98	6,19	0,74		12,00	
30086	NORADREM 2MG/ML 50AMP 4ML-HIPOLABOR LT AB-040/21 (2)02/23 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-040/21, Qtde: 2 ,Data Fab: 18/03/2021, Data Val: 28/02/2023)	30044990	500	6108	CX	2	475,0000	950,00	983,65	118,04		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015;# R 17
ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 320,48
Pedido: 483635
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 515874
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5158 7410 0012 3949

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
131214155103310 12/05/2021 13:00:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

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
30090	ALCOOL 70% 1LT TRANS C/12 DESINF-TUPI LT A7N112204/N (1)04/23 (Fornecedor: 3107, Lote: A7N112204/N, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/-04/2021, Data Val: 30/04/2023)	38089429	000	6108	CX	1	70,2600	70,26	72,75	8,73		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:02
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004785637601049186600000103009
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.109
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.030,09
VALOR COBRADO	1.030,09

NR.AUTENTICACAO 8.1FF.84B.83E.E1D.829

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 213489
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2134 8910 0098 6765

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210581591934 26/05/2021 12:43:34

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda c/ Adq.de Terc.

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

DATA DA EMISSÃO
26/05/2021

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA ENTRADA/SAIDA
25 MAIO 2021

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

HORA DA SAIDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA / DUPLICATA

001	23/06/2021	1.030,09	002	07/07/2021	1.030,08

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
1.995,18	347,47	0,00	0,00	2.060,17

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.060,17

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			23,90	23,90

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
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 236P4 (3) 01/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 236P4, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/-2026)	90183219	400	5102	CX	3	9,4033	28,21	28,21	3,75		13,30	
13139	AG.DESC.25 X 07 C/100-DESCARPACK LT SA-GAAA114B (4) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA114B, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/11/-2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	200	5102	CX	4	12,6450	50,58	50,58	6,73		13,30	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1922P4 (15) 03/2026 (Fornecedor: 7737, Lote: 1922P4, Qtde: 15 ,Data Fab: 31/03/2021, Data Val: 31/03/2026)	90183219	400	5102	CX	15	11,3013	169,52	169,52	22,55		13,30	
29964	LAMINA DE BIST.N.15 CARB.C/100-LABOR IMP LT 20344 (2) 11/2025 (Fornecedor: 208-0, Lote: 20344, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/-2020, Data Val: 30/11/2025)	90189029	200	5102	CX	2	30,2400	60,48	60,48	10,89		18,00	
6066	LUVA P/TOQ.INDIV.TRANS.EST.C/100-LUPLATE LT 722 (2) 03/2024 (Fornecedor: 2470, Lote: 722, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2024)	39262000	000	5102	PCT	2	34,6750	69,35	69,35	12,48		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R3V2||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 212822
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,14

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 213489
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2134 8910 0098 6765

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
135210581591934 26/05/2021 12:43:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 5042020 (6) 04/2023 (Fornecedor: 2080, Lote: 5042020, Qtde: 6 ,Data Fab: 05/04/2-020, Data Val: 05/04/2023)	90189010	200	5102	PCT	6	24,4000	146,40	146,40	26,35		18,00	
29103	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 C/100-VITALDERM LT 20190430 (1) 04/2024 (Fornecedor: 142, Lote: 20190430, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/04/-2019, Data Val: 30/04/2024)	30051090	200	5102	PCT	1	78,3900	78,39	78,39	14,11		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA014C (5) 10/2025 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA014C, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183999	200	5102	CX	5	19,9000	99,50	99,50	17,91		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 40/09 (10) 09/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 40/-09, Qtde: 10 ,Data Fab: 28/09/2020, Data Val: 28/09/2025)	90211020	020	5102	DZ	10	8,4400	84,40	19,41	3,49		18,00	
29641	SISTEMA FECHADO ASPIR.TRAQ.N.14-VITA-GOLD LT 20200710 (10) 07/2025 (Fornecedor: 142, Lote: 20200710, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/07/2025)	90183929	700	5102	UND	10	77,5850	775,85	775,85	139,65		18,00	
27605	SCALP N.23 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA-009C (1) 06/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA009C, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183929	700	5102	CX	1	23,2600	23,26	23,26	4,19		18,00	
28844	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML MEDSHARP LT BR05042109E (2) 04/2023 (Fornecedor: 1452, Lote: BR05042109E, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/-04/2021, Data Val: 30/04/2023)	90183929	000	5102	UND	2	7,8300	15,66	15,66	2,82		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20201120 (2) 11/2025 (Fornecedor: 2414, Lote: 20201120, Qtde: 2 ,Data Fab: 20/11/-2020, Data Val: 20/11/2025)	90183999	200	5102	CX	2	20,1350	40,27	40,27	7,25		18,00	
28606	CATETER P/OXIG.TIPO OCULOS C/06-BIOSANI LT 51068 (5) 01/2024 (Fornecedor: 7824, Lote: 51068, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2024)	90183929	000	5102	PCT	5	4,8000	24,00	24,00	4,32		18,00	
28335	BISTURI DESC.N.15 A.INOX C/100-EMBRAMED LT 2100001959 (1) 12/2023 (Fornecedor: 1496, Lote: 2100001959, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/0-1/2021, Data Val: 31/12/2023)	90189029	000	5102	CX	1	165,5000	165,50	165,50	29,79		18,00	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/200-MARK LT 16906 (1) 05/2025 (Fornecedor: 164, Lote: 16906, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 31/05/2025)	90183929	000	5102	CX	1	167,9000	167,90	167,90	30,22		18,00	
21840	INF.MULT.2V C/CLAMP C/4-0-DESCARPACK LT SEUUAA0020 (2) 03/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0020, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/-2025)	90189010	200	5102	PCT	2	30,4500	60,90	60,90	10,97		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004790698501047586600000057469
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.110
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	574,69
VALOR COBRADO	574,69

NR.AUTENTICACAO D.BCD.F40.ABE.957.2FB

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao,
outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 518564
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5185 6410 0022 3669

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
131214174661753 26/05/2021 11:52:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	26/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	26 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 23/06/2021 574,69

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
574,69	56,46	0,00	0,00	574,69

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	574,69

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			20,18	20,18

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
29642	APARELHO BARBEAR DESC. 01L C/24-BIC LT 16-042021 (1) 04/2026 (Fornecedor: 1787, Lote: 16042021, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/04/20-21, Data Val: 16/04/2026)	82121020	400	6108	PCT	1	13,3800	13,38	13,38	1,61		12,00	
28685	DERMATROL AGE 200ML-TROL LT 124 (12) 03/2-023 (Fornecedor: 1883, Lote: 124, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/20-23)	15121919	000	6108	UND	12	4,5683	54,82	54,82	6,58		12,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.10PCT C/07-SLIM GERI LT 280501001 (4) 02/2024 (Fornecedor: 798-3, Lote: 280501001, Qtde: 4 ,Data Fab: 03/02/2021, Data Val: 03/02/2024)	96190000	000	6108	FD	4	87,5500	350,20	350,20	42,02		12,00	
28840	ELETRODO AD C/ESP.C/GEL 50UNID.-MAXICOR MOD.SF02 LT 020-001 (10) 03/2023 (Fornecedor: 18591, Lote: 020-001, Qtde: 10 ,Data Fab: 31/03/2020, Data Val: 31/03/2023)	90181990	200	6108	PCT	10	15,6290	156,29	156,29	6,25		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#B6V2 B18V4||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITEM 4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 46,98
Pedido: 486291
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,21

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004790699301041386600000127516
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.111
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.275,16
VALOR COBRADO	1.275,16

NR.AUTENTICACAO D.764.5CD.355.132.642

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 518566
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5185 6610 0105 8356

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
131214174661778 26/05/2021 11:52:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	26/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	26 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	23/06/2021	1.275,16	002	07/07/2021	1.275,16

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
2.550,32	157,55	0,00	0,00	2.460,77

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
89,55	0,00		0,00	0,00	2.550,32

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			2,91	2,91

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
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 21040600 (1) 04/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21040600, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/-2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	000	6108	CX	1	632,5600	632,56	655,58	78,67		12,00	
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 21-030032 (3) 02/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21030032, Qtde: 3 ,Data Fab: 16/02/2021, Data Val: 16/02/2023)	30049099	300	6108	CX	3	597,0000	1.791,00	1.856,18	74,25		4,00	
29987	OMOPREL 20MG 56CAP-BELFAR LT 011112 (2) 01/2023 (Fornecedor: 6348, Lote: 011112, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/01/2021, Data Val: 28/01/2023)	30049069	000	6108	CX	2	6,9000	13,80	14,30	1,72		12,00	
29374	ANLODIPINO 5MG 30CP GEN-CIMED LT 2020182 (1) 09/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2020-182, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/09/2020, Data Val: 23/09/2022)	30039099	500	6108	CX	1	1,6500	1,65	1,71	0,21		12,00	
27652	LOSARTANA 50MG 30CP REVEST. GEN-NEO QUIMICA LT B20K0749 (1) 12/2022 (Fornecedor: 1113, Lote: B20K0749, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/12/2020, Data Val: 06/12/2022)	30049069	500	6108	CX	1	2,7600	2,76	2,86	0,34		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#B4V2||UTI PROMISSÃO CONVENIO 031/2015
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 300,16
Pedido: 486294
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,01

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Mercadoria avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 518566
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0511 2060 9900 0107 5500 1000 5185 6610 0105 8356

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131214174661778 26/05/2021 11:52:40

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

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
11929	IONCLOR 60MG/ML SOL.100ML-PRATI DONADUZZI LT 21C21A (10) 03/2023 (Fornecedor: 9706, Lote: 21C21A, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/03/2-021, Data Val: 31/03/2023)	30049099	500	6108	FR	10	1,9000	19,00	19,69	2,36		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000004785636801046286600000082801
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.112
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	828,01
VALOR COBRADO	828,01

NR.AUTENTICACAO 6.CA2.47F.228.CC7.A5D

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 213459
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2134 5910 0069 1049

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210581428475 26/05/2021 12:09:51

NATUREZA DA OPERAÇÃO	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
Venda de Merc.Adq.de Terc.		11.206.099/0004-41

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	26/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	26 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 23/06/2021 828,01

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
828,01	100,37	0,00	0,00	828,01

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	828,01

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			4,39	4,39

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
29182	CLARITROMICINA IV 500MG 1FAM GEN-MR PHARMA LT CLA0012101A (10) 12/2022 (Fornecedor: 2834, Lote: CLA0012101A, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/12/2022)	30042029	200	5102	CX	10	41,9520	419,52	419,52	50,34		12,00	
28907	CL.POTAS.19,1% 20OAMP 10ML PL-FARMARIN LT 2246/20 (1) 11/2022 (Fornecedor: 6434, Lote: 2246/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/2022)	30049099	000	5102	CX	1	78,1400	78,14	78,14	10,39		13,30	
13758	TERBUTALINA 0,5MG/ML 100AMP 1ML GEN-HIPOLOR LT AV-003/21 (1) 02/2023 (Fornecedor: 1898, Lote: AV-003/21, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 28/02/2023)	30049099	500	5102	CX	1	330,3500	330,35	330,35	39,64		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
#R2V1P3V1|UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 212820
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
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

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790601029114700000375000107708186610000136000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.113
DATA DE VENCIMENTO	24/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.360,00
VALOR COBRADO	1.360,00

NR.AUTENTICACAO C.EFE.B4E.DAC.27F.DF1

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC	VALOR NOTA R$ 1.360,00	NF-e Nº: 000.136.227 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATARIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555
www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.136.227
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0551 9436 4500 0107 5500 1000 1362 7102 0464 0325

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 PRODUCAO PROPRIA	135210576512442 - 25/05/2021 13:39:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	25/05/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	25/05/2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		13:38:43

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	24/06/2021	1.360,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.360,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220,32	1.360,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			1,960	1,400

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 37744 QT: 20 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	20	68,000000	1.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220,32

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
85215163	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 113365 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 57,12 (4,20%) Estadual: R$ 163,20 (12,00%) Fonte: IBPT. UTI PROMISSAO CONVENIO 031 2015 ICMS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	UTI-ADULTO PROMISSÃO ___/___/___

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790014039000001186752011554103686610000032250
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.114
DATA DE VENCIMENTO	24/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	322,50
VALOR COBRADO	322,50

NR.AUTENTICACAO F.16D.81B.15D.60D.3E4

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-43

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000166859 fl. 1 /1

SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0503 7487 6900 0180 5500 1000 1668 5913 1043 2155

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	135210580076059 26/05/2021 08:41:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	26/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000	26/05/2021

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
BILAC	(18)3659-1411	SP		08:38:26

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	166859	322,50	0,00	322,50

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	24/06/2021	322,50									

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	88,75	322,50

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	322,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006501	COPO PLAST. 50 ML PS TRANSP C/5000	39241000	060	5405	cx	1,000	108,00	0,00	108,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	15,000	12,80	0,00	192,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000507	SABONETE LIQ. MAZZO REFIL ERVA DOCE 800 ML GEL	34013000	060	5405	und	3,000	7,50	0,00	22,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS.Valor Aproximado dos Tributos R$: 42,22 Federal, 46,53 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (B95EF4).

RESERVADO AO FISCO

UTI - ADULTO PROMISSÃO

__/__/__

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Transmitido por DocFix

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090252488700300000360172386620000025000
BENEFICIARIO:
JOAO BOSCO FERRARA - ME
NOME FANTASIA:
JOAO BOSCO FERRARA - ME
CNPJ: 10.816.633/0001-26
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIENTE DO
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.115
NOSSO NUMERO	25248870000000360
CONVENIO	02524887
DATA DE VENCIMENTO	25/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	250,00
VALOR COBRADO	250,00

NR.AUTENTICACAO 2.28C.82D.391.9D4.F38

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	Data de Emissão	Data e Hora da Competência	Código de Verificação
7239	15/06/2021	15/06/2021 às 15:12:37	6300-0436-5106

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ	10.816.633/0001-26	Cód. Mobiliario	18212	Insc. Mun.	18212
Nome	JOAO BOSCO FERRARA - ME			RG/IE	419132634113
Logradouro	RUA-PEDRO DE TOLEDO			Número	00501
Bairro	CENTRO			CEP	16400-105
Município	LINS			UF	SP
Situação	Optante do Simples Nacional				
Telefones					
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
16199	ALUGUEL DE IMPRESSORA	250,0000	1,00	0,00	0,00	250,00

Valor Total dos Serviços - R$250,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

LOCAÇAO DA IMPRESSORA BROTHER

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 250,00

Atividade

9511800-Reparação e manutenção de computadores e de equipamentos periféricos

Item da Lista / LCF 116/2003

14.02-ASSISTENCIA TECNICA

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,7900	250,00	0,00	0,00	6,98

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 250,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: JOAO BOSCO FERRARA - ME CNPJ: 10.816.633/0001-26

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **7239** emitida em **15/06/2021** às **15:12:37** - Cód Verif **6300-0436-5106**
Condições de Pagamento: Vencimento: 15/06/2021 Valor Total R$ **250,00** Valor Líquido R$ **250,00**

Ass: _____ em ____/____/_____.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191090080264577020341808710002686620000242618
BENEFICIARIO:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
NOME FANTASIA:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
CNPJ: 10.542.126/0001-41
BENEFICIARIO FINAL:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
CNPJ: 10.542.126/0001-41
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEF BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.116
DATA DE VENCIMENTO	25/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.426,18
VALOR COBRADO	2.426,18

NR.AUTENTICACAO 0.006.C3D.0AF.B88.08C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

- NOTA CARIOCA -

20210517u10542126000141i10542126000141

Número da Nota	**00019269**
Data e Hora de Emissão	**17/05/2021 13:06:45**
Código de Verificação	**6XVH-FJ4E**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **10.542.126/0001-41** Inscrição Municipal: **0.441.780-1** Inscrição Estadual: **---**

Nome/Razão Social: **EPIMED SOLUTIONS TECNOLOGIA DE INFORMACOES MEDICAS LTDA**

Nome Fantasia: **Epimed Solutions** Tel.: **21 35505150**

Endereço: **RUA SAO BENTO 9, SAL 601 - CENTRO - CEP: 20090-010**

Município: **RIO DE JANEIRO** UF: **RJ** E-mail: **financeiro@epimedsolutions.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400** Tel.: **----**

Município: **LINS** UF: **SP** E-mail: **-----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Licença de uso do software Epimed Monitor UTI.
AHBB - PROMISSÃO.

VALOR DA NOTA = R$ 2.426,18

Serviço Prestado

01.05.01 - licenciamento de uso de programa de computação

Deduções (R$)	Desconto Incond. (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito p/ IPTU (R$)
0,00	0,00	2.426,18	5,00%	121,30	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 04/06/2021.
- Esta NFS-e não gera crédito para abatimento no IPTU.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100919791178786620000095400
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.117
NOSSO NUMERO	17115360000919791
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	25/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	954,00
VALOR COBRADO	954,00
NR.AUTENTICACAO	5.339.516.BFF.133.731

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1441149 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4411 4912 5467 6129

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 DENTRO ESTADO		135210594020223 28/05/2021 20:40:41
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	28/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		28/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1441149/1	25/06/2021	954,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
954,00	171,72	0,00	0,00	954,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	954,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	0,464	0,464

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB132 Q: 20,0000 F: 30/04/21 V: 30/03/2023	30049099	200	5102	SE	20,00	47,70	954,00	954,00	171,72	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 31/05/2021 Pedido: 1938105 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1938105 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100917653172186620000085016
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.118
NOSSO NUMERO	17115360000917653
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	25/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	850,16
VALOR COBRADO	850,16

NR.AUTENTICACAO 0.B75.1DD.EC3.C5A.C5C

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1438106 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0567 7291 7800 0491 5500 1001 4381 0610 5905 7980

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 DENTRO ESTADO		135210564535833 21/05/2021 20:40:35
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	21/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		21/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1438106/1	11/06/2021	849,92	1438106/2	18/06/2021	849,92	1438106/3	25/06/2021	850,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.550,00	459,00	0,00	0,00	2.550,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.550,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,673	2,673

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
010358	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) L: 21030622 Q: 300,0000 F: 01/04/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	AP	300,00	8,50	2.550,00	2.550,00	459,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 24/05/2021 Pedido: 1932064 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932064 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23793398039115200006260002935702886620000815550
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.119
DATA DE VENCIMENTO	25/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	8.155,50
VALOR COBRADO	8.155,50

NR.AUTENTICACAO B.FF2.608.A57.7E7.2C3

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 214760
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2147 6010 0044 6860

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	135210591585480 28/05/2021 11:59:35
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: 28/05/2021
ENDEREÇO	AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO; CEP: 16400-400	DATA ENTRADA/SAIDA: 28 MAIO 2021
MUNICÍPIO	LINS	FONE/FAX: 1435325198; UF: SP; INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 25/06/2021 8.155,50

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
8.155,50	978,66	0,00	0,00	7.770,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
385,50	0,00		0,00	0,00	8.155,50

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
1	CAIXA			5,25	5,25

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
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-090/21 (3) 04/2-023 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-090/21, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2021, Data Val: 30/04/2023)	30049099	500	5102	CX	3	2.590,0000	7.770,00	8.155,50	978,66		12.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V111
Pedido: 213074
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
__/__/____

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/____

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23792424039114200000810003354304686360000050000
BENEFICIARIO:
NOVA BRASIL CASA DO HOTELEIRO
NOME FANTASIA:
NOVA BRASIL CASA DO HOTELEIRO
CNPJ: 25.400.531/0001-00
BENEFICIARIO FINAL:
NOVA BRASIL CASA DO HOTELEIRO
CNPJ: 25.400.531/0001-00
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSP. BENEFICIENTE DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.120
DATA DE VENCIMENTO	30/05/2021
DATA DO PAGAMENTO	21/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	500,00
JUROS/MULTA	32,00
VALOR COBRADO	532,00

NR.AUTENTICACAO 8.E13.334.DFB.5E6.A92

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE NOVA BRASIL CASA DO HOTELEIRO OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 19/05/2021 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R$ 500,00

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000000441
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

NOVA BRASIL CASA DO HOTELEIRO

QE 24 CONJUNTO E, . - GUARA II -
CEP:71060-050 - BRASILIA - DF
TEL: (61)98101-0222

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000000441 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
5321 0525 4005 3100 0100 5500 1000 0004 4112 2802 8494

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 de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	353210025472932 19/05/2021 11:50:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
0777987200162		25.400.531/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	19/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
AVENIDA JOSe ARIANO RODRIGUES, .	JARDIM ARIANO		16400-400	19/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	(14)3532-5198	SP		02:00:50

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	30/05/2021	500,00									

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	500,00

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	500,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPI
98780	KIT ESCOVA PLASTICA CREME SACHE cx com 500 unidades	96032100	0102	6102	UN	1,0000	500,0000	0,00	500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor Aproximado dos tributos:R$67,25 Federais R$90,00 Estaduais Fonte: IBPT

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI

CASO NAO RECEBA O BOLETO BANCARIO FAVOR LIGAR 61 3712-9535 - 98101-0222 CEL E WHATSAPP

RESERVADO AO FISCO

532,90

G3340413562039571
04/07/2021 17:56:43

EMPRESA

Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 23/06/2021 Valor R$ 4.192,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 347, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ARETUZA FERNANDES DE CAST, na conta 86.791, agência 0295 do banco 001.

(Quatro mil e cento e noventa e dois reais e um centavo)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:56:43

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	093257	00154

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
19/02/2020 A 18/02/2021	16/06/2021 A 15/07/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS		
Faltas não justificadas:	00	Férias:	3.871,66	P
Salário Base:	2.755,64	1/3 das Férias:	1.290,55	P
Média Horas:	272,50	Abono de Férias:	0,00	
Média Valores:	347,96	1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Outras Vantagens:	495,56	Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
TOTAL BASE CALCULO:	3.871,66	1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
		Salário Família:	0,00	
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
		Desconto da Previdência:	573,98	D
		Desconto do imposto de Renda:	396,22	D
		TOTAL DOS PROVENTOS:	5.162,21	P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	970,20	D
		TOTAL LIQUIDO:	4.192,01	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 4.192,01 (quatro mil cento e noventa e dois reais e um centavo) a ser paga adiantadamente.

Data: 17/05/2021

CIENTE,

ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 4.192,01(quatro mil cento e noventa e dois reais e um centavo) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 14/06/2021
PROMISSAO

ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO

Funcionária não realizou a assinatura antes de sair para o período de férias. Ciente será quando retornar.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Gestão: Gestão

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

G334041356203957 1
04/07/2021 17:57:28

Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

Agência 148-1
Conta corrente 38500-XASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 23/06/2021 Valor R$ 4.710,24 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 348, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA, na conta 5.826, agência 6885 do banco 001.

(Quatro mil e setecentos e dez reais e vinte e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por:ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSOem04/07/202117:57:28

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	77071	00168

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
13/10/2019 A 12/10/2020	16/06/2021 A 15/07/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.810,92
Média Horas:	554,96
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	519,44
TOTAL BASE CALCULO:	2.885,32

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	2.885,32	P
1/3 das Férias:	961,77	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	1388,36	P
Desconto da Previdência:	389,87	D
Desconto do imposto de Renda:	135,34	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	5.235,45	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	525,21	D
TOTAL LIQUIDO:	4.710,24	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância liquida de R$ 4.710,24 (quatro mil setecentos e dez reais e vinte e quatro centavos) a ser paga adiantadamente.

Data: 17/05/2021

CIENTE,

LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 4.710,24(quatro mil setecentos e dez reais e vinte e quatro centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 14/06/2021
PROMISSAO

LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA

Funcionária não realizou a assinatura antes de sair para o período de férias. A mesma assinará quando retornar.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaiba"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

28/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:40:55
014800148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

DATA DA TRANSFERENCIA 28/06/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.005.406
VALOR TOTAL 367,10
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DROGARIA GERAL DE PROMISS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 5.406-2
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

==========

NR.AUTENTICACAO 8.21A.B25.786.15D.AC9

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
- ...de Despesa: C...

RECEBEMOS DE DROGARIA GERAL DE PROMISSAO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.003.683
SÉRIE: 0

DROGARIA GERAL DE PROMISSAO LTDA
AVENIDA GAL EURICO GASPAR DUTRA 611
CENTRO - CEP 16370000
PROMISSAO - SP
Fone/Fax:1435411183

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0

1

Nº 000.003.683
SÉRIE: 0

Página 1 de 2

CHAVE DE ACESSO
3521 0672 9946 4300 0109 5500 0000 0036 8313 6117 4631

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
EMISSAO REF CUPOM FISCAL	135210613320332 02/06/2021 16:21:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
564008735117		72994643000109

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL			45349461000102
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**
RUA 7 DE SETEMBRO, 529 529		CENTRO	16200000
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
BILAC	1435410969	SP	

DATA DA EMISSÃO	DATA DE SAÍDA/ENTRADA	HORA DE SAÍDA
02/06/2021	02/06/2021	16:21:06

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	582,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	215,70	0,00	0,00	367,10

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Ocorrência de Transporte				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,77	6,90	0,00	0,00	0,00		
7897042015948	LO HID SKALA 400ML AMEIXA E FI	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015849	LO HID SKALA 400ML MANTEIGA KA	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015887	LO HID SKALA 400ML CASTANHA DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015924	LO HID SKALA 400ML LOVE INTENS	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015894	LO HID SKALA 400ML LAVANDA	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015979	LO HID SKALA 400ML L.ARROZ E R	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7896181908302	ISOSSORBIDA 20MG C/30 COMP(GEN	30049059	0500	5929	UN	1	10,78	3,78	7,00	0,00	0,00	0,00		
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,77	6,90	0,00	0,00	0,00		
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,77	6,90	0,00	0,00	0,00		
7896902211544	AGUA OXIGENADA FARMAX 10V 100M	30049099	0500	5929	UN	1	2,50	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00		
7896026300186	ATENSINA 0,200MG C/30 COMP	30049069	0500	5929	UN	1	13,19	1,32	11,87	0,00	0,00	0,00		
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,77	6,90	0,00	0,00	0,00		
7897042015979	LO HID SKALA 400ML L.ARROZ E R	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135210613320332

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS Ref SAT: 195646, 195594, 6676, 195161, 194900, 194769, 194581, 194557, 5790, 5499, 4626, 191368, 3133, 189541, 188287, 866, 187508

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
78970[illegible]2015948	LO HID SKALA 400ML AMEIXA E FI	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015894	LO HID SKALA 400ML LAVANDA	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015962	LO HID SKALA 400ML ACAI	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,00	6,25	0,00	0,00	0,00		
7897042015818	LO HID SKALA 400ML AVEIA	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015955	LO HID SKALA 400ML AGUA DE COC	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,77	6,90	0,00	0,00	0,00		
7897595605924	CLOPIDOGREL 75MG C/28 COMP(GEN	30049079	0500	5929	UN	1	149,07	131,07	18,00	0,00	0,00	0,00		
7897042015924	LO HID SKALA 400ML LOVE INTENS	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015979	LO HID SKALA 400ML L.ARROZ E R	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015948	LO HID SKALA 400ML AMEIXA E FI	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015887	LO HID SKALA 400ML CASTANHA DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015832	LO HID SKALA 400ML PROT.LEITE	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015818	LO HID SKALA 400ML AVEIA	33072090	0500	5929	UN	1	6,25	0,63	5,62	0,00	0,00	0,00		
7897042015818	LO HID SKALA 400ML AVEIA	33072090	0500	5929	UN	2	6,78	1,36	12,20	0,00	0,00	0,00		
7897042015962	LO HID SKALA 400ML ACAI	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,00	6,78	0,00	0,00	0,00		
7897042015825	LO HID SKALA 400ML ROSAS E AME	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015931	LO HID SKALA 400ML OLEO DE ARG	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015894	LO HID SKALA 400ML LAVANDA	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7896523223223	BABYMED AZUL PDA 45G (MENINO)	30049099	0500	5929	UN	6	6,00	0,00	36,00	0,00	0,00	0,00		
7897042015818	LO HID SKALA 400ML AVEIA	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015856	LO HID SKALA 400ML AMENDOAS DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015948	LO HID SKALA 400ML AMEIXA E FI	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015931	LO HID SKALA 400ML OLEO DE ARG	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015832	LO HID SKALA 400ML PROT.LEITE	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015962	LO HID SKALA 400ML ACAI	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,00	6,78	0,00	0,00	0,00		
7896004708959	ESPIRONOLACTONA 25MG C/30 COMP	30043220	0500	5929	UN	1	20,71	10,71	10,00	0,00	0,00	0,00		
7896714205823	ENALAPRIL 10MG C/30 COMP(GEN)	30049067	0500	5929	UN	1	5,92	2,02	3,90	0,00	0,00	0,00		
7896261018181	APRESOLINA 25MG BL 20 DRG	30049069	0500	5929	DR	1	7,67	0,17	7,50	0,00	0,00	0,00		
7896714211305	ANLODIPINO 5MG C/30 COMP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	31,78	26,78	5,00	0,00	0,00	0,00		
7896226500386	BACTRIM F 800+160MG C/10 COMP Lote R1811R01 Validade 31/08/2025	30049072	0500	5929	UN	2	28,05	5,62	50,48	0,00	0,00	0,00		
7891317427542	LOSARTANA 50MG C/30 COMP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	16,87	12,87	4,00	0,00	0,00	0,00		

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135210613320332

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI.

ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS Ref SAT: 195646, 195594, 6676, 195161, 194900, 194769, 194581, 194557, 5790, 5499, 4626, 191368, 3133, 189541, 188287, 866, 187508

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/07/2021 - AUTOATENDIMENTO - 17.15.03
0148100148 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAÚ UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 59.420-3

FAVORECIDO: TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LT
CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72
VALOR: R$ 4.865,23
DEBITO EM: 28/06/2021
==========
DOCUMENTO: 062801
AUTENTICACAO SISBB: 6.4E6.783.BF5.47F.8A6

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210625u42160334000172

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000028	25/06/2021 14:20:39	CSHI-2BC4

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **42.160.334/0001-72** Inscrição Municipal: **6.958.531-8**
Nome/Razão Social: **TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA**
Endereço: **AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: ----
Endereço: **ES AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **lgalocio@ipdh.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços prestados em manutenção e reparação de aparelhos eletro médicos e eletro terapêuticos e equipamentos de irradiação em 10 (dez) leitos de UTI Adulto
Hospital Geral Prefeito Miguel Martin Gualda, localizado, à Avenida General Eurico Gaspar Dutra, 620, Centro, CEP 16390-000, Promissão/SP.

Convênio 0030/2021

Referente a Maio/2021

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 4.865,23

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$)	Base de Cálculo (R$)	Aliquota (%)	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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

28/06

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900029899176886630000122652
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.802
NOSSO NUMERO	33088411000029899
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.226,52
VALOR COBRADO	1.226,52

NR.AUTENTICACAO 9.59C.F96.D64.99C.C94

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 171750
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0404 0278 9400 0750 5500 1000 1717 5010 0097 0219

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. REC.TERCEIROS		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135210458078504 27/04/2021 18:06:38
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 671.392.680.115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO:	CNPJ: 04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)		CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO: 27/04/2021
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO	CEP: 16400-400	DATA ENTRADA/SAIDA: 27/04/2021
MUNICÍPIO: LINS	FONE/FAX: 1435325198	UF: SP / INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DA SAIDA: 18:09

FATURA / DUPLICATA

001	27/05/2021	1.226,52	002	26/06/2021	1.226,52

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
2.453,04	380,64	0,00	0,00	2.453,04

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.453,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PVN - RIBEIRAO PRETO (63)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	CAIXAS			22,00	22,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL.IPI
25167	SONDA FOLLEY 3V N.18 B30CC C/10-SOLIDOR (Lote: 10120071, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-7/2025 ,Data Fab: 01/07/2020)	90183921	700	5102	CX	1	45,9000	45,90	45,90	8,26		18,00	
33853	TOUCA FEM. C/ELASTICO C/100 20GR-HNDESC (Lote: 1210104004, Qtde: 15, Dt Val: 04/01/2024 ,Data Fab: 04/01/20-21)	63079010	000	5102	PCT	15	13,9500	209,25	209,25	37,67		18,00	
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0820, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2023 ,Data Fab: 01/08/20-20)	30059090	000	5102	CX	1	186,4400	186,44	186,44	33,56		18,00	
29924	LUVA P/PROCED.VINIL P C/100-DESCARPACK (Lote: SVIJAA025S, Qtde: 10, Dt Val: 31/07/2025 ,Data Fab: 01/07/20-20)	39262000	200	5102	CX	10	59,2000	592,00	592,00	106,56		18,00	
25651	NOVAMICIN 500MG C/50-NOVAFARMAFRASCO AMPOLA (Lote: 78QB0626, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2023 ,Data Fab: 01/02/20-21)	30042071	000	5102	CX	1	256,2500	256,25	256,25	46,13		18,00	
34768	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50/4ML GEN - HYPO-FARMA (Lote: 21030107, Qtde: 2, Dt Val: 31/03/2023 ,Data Fab: 01/04/2021)	30039099	000	5102	CX	2	507,5600	1.015,12	1.015,12	121,81		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 6 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 2 a 4
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 5 a 7 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 455,55, Federal, R$ 74,91, Estadual, R$ 380,64
Pedido: 193157
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-3
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

Promissão
24/05/21

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 171750
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0404 0278 9400 0750 5500 1000 1717 5010 0097 0219

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. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210458078504 27/04/2021 18:06:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29889	NITROPRUS 50MG C/5 . DIL 2ML - CRISTALIA (Lote: 21020382, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2022 ,Data Fab: 01/02/20-21)	30049099	000	5102	CX	1	148,0800	148,08	148,08	26,65		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800024702177586630000031075
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.803
NOSSO NUMERO	33088412000024702
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	26/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	310,75
VALOR COBRADO	310,75

NR.AUTENTICACAO 2.2B3.D41.48E.AE7.CFC

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1177615
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0404 0278 9400 0326 5500 1001 1776 1510 0123 1943

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB		152214007831139 27/04/2021 18:33:58
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02	27/04/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP		DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400		27/04/2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		18:33

FATURA / DUPLICATA

001	27/05/2021	310,75	002	26/06/2021	310,75		

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
504,18	51,37	0,00	0,00	621,50
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR TOTAL DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00		0,00	0,00	621,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO			GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
7	CAIXAS			26,00	26,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	30	9,4000	282,00	234,99	28,20		12,00	
18663	COLETOR URINA AD.2000ML C/100-SEGME (Lote: 0321, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2024 ,Data Fab: 01/03/2021)	39269030	040	6108	PCT	1	39,3000	39,30					
35230	VED CAP MACHO E FEMEA C/200 - CREMER (Lote: 202009, Qtde: 2, Dt Val: 18/09/2023 ,Data Fab: 18/09/2020)	90189010	200	6108	CX	2	57,1000	114,20	114,20	4,57		4,00	
50957	AGUA DESTILADA 200/10ML - FARMARIN (Lote: 060121, Qtde: 3, Dt Val: 31/03/2023 ,Data Fab: 01/03/2019)	30049099	020	6108	CX	3	62,0000	186,00	154,99	18,60		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 2 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITENS 1,4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 3 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITENS 1,3
ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 2 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITENS 1,3 a 4 DIFAL de ICMS com exigibilidade suspensa em virtude de decisão judicial, nos autos do Processo n.° 2068021-62.2021.8.26.0000/50000 SP
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 97,60, Federal, R$ 46,23, Estadual, R$ 51,37
Pedido: 1261905
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
OS PRODUTOS CLASSIFICADOS COM: A-1 / A-2 / B-1 / B-2 / C-1 / C-2 / C-4 / C-5 / C-6
ENQUADRAM-SE NA PORT. 344/98

RESERVADO AO FISCO

Promissão
24/05/21

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAÚ UNIBANCO S.A.

34191570070403195381524485320006186630000056000
BENEFICIARIO:
MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME
NOME FANTASIA:
MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME
CNPJ: 20.259.895/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
MEDPRO COMERCIO P H LTDA ME
CNPJ: 20.259.895/0001-90
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.804
DATA DE VENCIMENTO	26/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	560,00
VALOR COBRADO	560,00

NR.AUTENTICACAO D.2B0.50B.5B8.3A8.567

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

MEDPRO

RECIBO: 02/02/2021

EMISSÃO: 24/05/2021

ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL

(HOSP. GERAL PROMISSÃO)

CNPJ 45.349.461/0001-02

AV. JOSÉ ARIANO RODRIGUES Nº 303 SL 06 JARDIM ARIANO

LINS – SP

CEP: 16400.400

Recebemos a importância de R$ 560,00 (QUINHENTOS E SESSENTA REAIS) referente ao aluguel mensal de 02 (DUAS) unidades de BOMBAS DE INFUSÃO TERUFUSION LM3 da marca TERUMO. Os números de série contam na NFe 10403 (OUTRAS SAÍDAS) emitida em 23/04/21.

Obs: O aluguel dos equipamentos referem-se a contrato de locação celebrado entre as partes na data de 08/02/2021 e corresponde a parcela 02/12 (Período de 26/05/2021 á 24/06/2021) com vencimento em 26/06/2021.

*Este recibo só terá efeitos legais, mediante quitação do boleto bancário correspondente.

Medpro Comercio de Produtos Hospitalares Ltda

Paulo Valentin de Santa. P. P. José Antônio de Santa

Representante Legal

20.259.895/0001-90
MEDPRO COMÉRCIO DE
PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME
Rua Prefeito João Batista Stocco, 2303
São Gabriel - CEP 83.407-734
COLOMBO - PR

Convênio nº 0000/2021
Fonte de Recurso: Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

28/06
Promi

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790025009000001093510006725807386650000008505
BENEFICIARIO:
RELOPONTO
NOME FANTASIA:
RELOPONTO
CNPJ: 07.205.546/0001-28
BENEFICIARIO FINAL:
RELOPONTO
CNPJ: 07.205.546/0001-28
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.805
DATA DE VENCIMENTO	28/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	85,05
VALOR COBRADO	85,05

NR.AUTENTICACAO 4.C56.0C5.214.D41.A21

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CALEJON RELOGIOS DE PONTO LTDA

RUA BAHIA, Nro 2951 - PATRIMONIO NOVO
CEP : 15550-005 - VOTUPORANGA - SP
e-mail :xml.ativo@cofresieg.com.br

Ins.Municipal: 11684600 CNPJ: 07.205.546/0001-28 I.E: 718.088.740.114

NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Data e horário da impressão	Data do Serviço	Situação da nota	Número de controle	
02/07/2021 - 09:16:34	08/06/2021	Emitida	2021/206299	Nota Eletrônica nº13936 - série B

Tomador de Serviço

Nome/ Razão Social: **ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, Nro 303 - SALA 03 - JARDIM ARIANO**
CEP/Cidade/UF: **16400-400 - LINS - SP**
Email: **ebatista@ahbb.org.br**
CNPJ: **45.349.461/0001-02**
Inscrição Estadual: **ISENTO**

Local da prestação do serviço: **VOTUPORANGA-SP**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

cod.serviço	quantidade	descrição do serviço	vlr.unitário	vlr.total	dedução	alíquota
14.01	1	VISITA COM SUPORTE TECNICO	85,05	85,05	0,00	3,72%

Prefeitura do Município de Votuporanga
Estado de SAO PAULO
Secretaria da Fazenda
Depart. da Receita Tributária
RUA PARA, Nº 3227 - PATRIMONIO VELHO
C.E.P 15502-236, VOTUPORANGA(SP)
CNPJ 46.599.809/0001-82 - www.votuporanga.sp.gov.br

SIMPLES NACIONAL:	OPTANTE
Valor Bruto da Nota:	85,05
Base de Cálculo do ISS:	85,05
Valor do ISS:	3,16
ISS retido na fonte:	**********
PIS:	**********
IRRF:	**********
CSLL:	**********
COFINS:	**********
Previdência Social:	**********
Valor Líquido na Nota:	85,05

Fundamentos legais: Lei Federal 116/2003, Lei Municipal 87/2005, Lei Complementar Municipal 110/2003 alterada pelas leis 136/2006 e 169/2008, Decreto Municipal 10400/2018.
NOTA FISCAL emitida através do site www.votuporanga.sp.gov.br, com escrituração digital no banco de dados do município.
Qualquer rasura ou adendo que não faça parte da sua impressão original tornará esta nota fiscal inválida.
Não tem valor como recibo.

Local da incidência do ISS: VOTUPORANGA-SP Responsavel Recolhimento: Prestador

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lista de Serviços de Lei Complementar Federal 116/2003.
14.01(79511800010) - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS

VISITA || Valor aproximado dos tributos R$ 0,00 (0,00%) Federal R$0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT.

Orçamento Nº	Fatura Nº	Vencimento	AIDF Nº	Limite das notas (AIDF)
**********	33772	28/06/2021	2018/1306	1 a 9999999

Para a certificação de autenticidade desta nota acesse e informe o Código de Validação W2G3A7.M1R1C5.W5B2E5 com as demais informações constante da nota. Código de Verificação: 82C5742E9

CEISS - CONTROLE ELETRÔNICO DE ISS

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001115889170886650000130026
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.806
NOSSO NUMERO	13048400001115889
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	28/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.300,26
VALOR COBRADO	1.300,26

NR.AUTENTICACAO 9.3A6.779.B57.317.C2B

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 – 3134394300

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0597943 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0567 7291 7800 0220 5500 1000 5979 4318 8803 8006

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO		131214170494918 24/05/2021 12:52:59
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	24/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	24/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0597943/1	14/06/2021	1.299,87	0597943/2	21/06/2021	1.299,87	0597943/3	28/06/2021	1.300,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.900,00	468,00	0,00	0,00	3.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,124	2,124

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032595	MIDAZOLAM 50MG (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 2 1051002 Q: 120,0000 F: 01/05/21 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/ 98 B1	30049069	000	6108	AP	120,00	32,50	3.900,00	3.900,00	468,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC : 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Equot;UTI COVID SANTA CASA DE LINSEquot; DATA ENTREGA: 25/05/2021 Pedido: 1932289 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1932289 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais. BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO
14/06/21

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100920824174186660000284063
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.807
NOSSO NUMERO	17115360000920824
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	29/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.840,63
VALOR COBRADO	2.840,63

NR.AUTENTICACAO C.63B.4AF.7F2.5AE.090

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1442527 FL 1/1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0667 7291 7800 0491 5500 1001 4425 2717 3320 8446

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 DENTRO ESTADO		135210609527880 01/06/2021 23:39:09
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	01/06/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		01/06/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1442527/1	29/06/2021	2.840,63	1442527/2	27/07/2021	2.840,62			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.681,25	700,91	0,00	0,00	5.681,25

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.681,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
27,00	VOLUME(S)		0,84922	325,848	325,848

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
032235	TOUCA SANFONADA (INOVEN) L: ITDT009 Q: 2.500,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2025	65069900	000	5102	PC	2.500,00	0,1277	319,25	319,25	57,47	0,00	18,00	0,00
027083	SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML S.FECHADO (EQUIPLEX) L: 2112139 Q: 640,0000 F: 30/04/21 V: 30/04/2023	30049099	000	5102	FR	640,00	2,30	1.472,00	1.472,00	176,64	0,00	12,00	0,00
030006	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML S.FECHADO BOLSA (HALEX ISTAR) L: 0000148983 Q: 1.000,0000 F: 27/04/21 V: 27/04/2023	30049099	000	5102	BO	1.000,00	1,99	1.990,00	1.990,00	238,80	0,00	12,00	0,00
028215	MEROPENEM 1G (BIOCHIMICO) (ITEM GENERICO) L: 009207 Q: 50,0000 F: 30/04/21 V: 30/03/2023, nFCI: D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	500	5102	FA	50,00	38,00	1.900,00	1.900,00	228,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 02/06/2021 Pedido: 1940932 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1940932 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:03
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000005407141001045386660000126465
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.808
DATA DE VENCIMENTO	29/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.264,65
VALOR COBRADO	1.264,65

NR.AUTENTICACAO 1.8E6.E9C.A87.F18.A19

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 216178
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0611 2060 9900 0441 5500 1000 2161 7810 0048 0451

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	135210607563058 01/06/2021 15:26:42
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: 01/06/2021
ENDEREÇO	AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	BAIRRO/DISTRITO: JARDIM ARIANO; CEP: 16400-400	DATA ENTRADA/SAIDA: 01 JUN 2021
MUNICÍPIO	LINS	FONE/FAX: 1435325198; UF: SP; INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001	29/06/2021	1.264,65	002	13/07/2021	1.264,65

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
2.529,30	450,48	0,00	0,00	2.529,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.529,30

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
10	CAIXA			62,75	62,75

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
16839	SERINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT I104 (1) 02/2026 (Fornecedor: 1156, Lote: I104, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2026)	90183119	200	5102	CX	1	102,0000	102,00	102,00	13,57		13,30	
21986	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL M C/10-BLUES LT 20200084B (6) 10/2025 (Fornecedor: 799-0, Lote: 20200084B, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	39262000	200	5102	CX	6	377,0100	2.262,06	2.262,06	407,17		18,00	
29572	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 500ML 20FR-ECOFLAC LT 21153222B2 (3) 04/2024 (Fornecedor: 2975, Lote: 21153222B2, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/04/2021, Data Val: 30/04/2024)	30049099	300	5102	CX	3	55,0800	165,24	165,24	29,74		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R7V10|UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 215546
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,18

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convenio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:04
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000005407143701048186660000069847
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.809
DATA DE VENCIMENTO	29/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	698,47
VALOR COBRADO	698,47

NR.AUTENTICACAO 9.5B1.D33.2D2.EE7.B4E

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 519851
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0611 2060 9900 0107 5500 1000 5198 5110 0013 6355

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
131214183813583 01/06/2021 16:46:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	01/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	04 JUN. 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 29/06/2021 698,47

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
698,47	29,59	0,00	0,00	668,62

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
29,85	0,00		0,00	0,00	698,47

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			0,72	0,72

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
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10335 (3) 01/2022 (Fornecedor: 3054, Lote: DV10335, Qtde: 3 ,Data Fab: 28/02/2020, Data Val: 30/01/2022)	30043100	200	6108	FR	3	17,3100	51,93	54,25	2,17		4,00	
13021	HEPAMAX-S 5.000UI/ML 25FAM 5ML-BLAU LT 21-030032 (1) 02/2023 (Fornecedor: 47, Lote: 21030032, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/02/2021, Data Val: 16/02/2023)	30049099	300	6108	CX	1	597,0000	597,00	623,65	24,95		4,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 2014066 (4) 07/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2014066, Qtde: 4 ,Data Fab: 16/07/2020, Data Val: 16/07/2022)	30049099	000	6108	TB	4	4,9225	19,69	20,57	2,47		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#B2V1 B5V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITEM 1 e 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 94,91
Pedido: 487569
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,00

RESERVADO AO FISCO

Mercadoria avariadas, ou falta só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Giraldi"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:04
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000005407142901045786660000105997
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.810
DATA DE VENCIMENTO	29/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.059,97
VALOR COBRADO	1.059,97

NR.AUTENTICACAO 2.B0A.119.D37.FDB.3B1

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Materiais Médicos Supermed Hospitalares

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 519831
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3121 0611 2060 9900 0107 5500 1000 5198 3110 0067 0944

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214183708020 01/06/2021 15:59:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	01/06/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	01 JUN. 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	29/06/2021	1.059,97	002	13/07/2021	1.059,96

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
2.119,93	94,73	0,00	0,00	2.119,93

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.119,93

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
19	CAIXA			60,74	60,74

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
21523	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-DESCARBOX ECOLOGIC LT 4432 (1) 05/2025 (Fornecedor: 2014, Lote: 4432, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/05/2025)	48191000	000	6108	CX	1	124,1200	124,12	124,12	14,89		12,00	
30099	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT I194 (8) 03/2026 (Fornecedor: 3118, Lote: I194, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2026)	90183119	100	6108	CX	8	82,3413	658,73	658,73	26,35		4,00	
30101	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT I203 (8) 03/2026 (Fornecedor: 3118, Lote: I203, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2026)	90183119	100	6108	CX	8	142,1750	1.137,40	1.137,40	45,50		4,00	
30092	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT I130 (2) 02/2026 (Fornecedor: 3118, Lote: I130, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2026)	90183111	100	6108	CX	2	99,8400	199,68	199,68	7,99		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#b11V19||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
ITENS 2 a 4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 202,45
Pedido: 487574
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,58

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

Mercadoria avariadas, ou falhas só serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:04
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO BRADESCO S.A.

23790014039000001188375011554104586670000006000
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.811
DATA DE VENCIMENTO	30/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	60,00
VALOR COBRADO	60,00

NR.AUTENTICACAO E.561.E57.80E.F3E.573

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DENTIFICAÇAO DO EMITENTE

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000167116 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0503 7487 6900 0180 5500 1000 1671 1617 8902 2168

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
135210601931351 31/05/2021 15:59:22

NATUREZA DE OPERAÇÃO		
VENDA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**	**CNPJ / CPF**
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	31/05/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	31/05/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		15:58:39

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	167116	60,00	0,00	60,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	30/06/2021	60,00									

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	18,77	60,00
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	60,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000000507	SABONETE LIQ. MAZZO REFIL ERVA DOCE 800 ML GEL	34013000	060	5405	und	8,000	7,50	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 7,97 Federal, 10,80 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (B95EF4).

RESERVADO AO FISCO

UTI - ADULTO PROMISSÃO

Transmitido por DocFis

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

04/07/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:15:04
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000005402484601048386650000112826
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.812
DATA DE VENCIMENTO	28/06/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/06/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.128,26
VALOR COBRADO	1.128,26

NR.AUTENTICACAO C.C03.F6B.A51.DB0.D86

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes,cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 215595
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0511 2060 9900 0441 5500 1000 2155 9510 0026 8791

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 AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210602370404 31/05/2021 16:58:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	31/05/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	31 MAIO 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	28/06/2021	1.128,26	002	12/07/2021	1.128,26			

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
2.256,52	406,17	0,00	0,00	2.256,52

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.256,52

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			18,75	18,75

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
28954	LUVA P/ PROCED.N.EST.P-LATEX BR C/20 LT PR195 (1) 02/2024 (Fornecedor: 2616, Lote: PR195, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 28/02/2024)	40151900	000	5102	CX	1	1.167,8500	1.167,85	1.167,85	210,21		18,00	
28982	LUVA P/ PROCED.N.EST.G-LATEX BR C/20 LT PR170 (1) 10/2023 (Fornecedor: 2616, Lote: PR170, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2023)	40151900	000	5102	CX	1	1.088,6700	1.088,67	1.088,67	195,96		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R5V2||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015
Pedido: 214979
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , 620 - UTI - CENTRO - 16370-000, PROMISSÃO-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,07

RESERVADO AO FISCO

UTI-ADULTO PROMISSÃO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

30/06/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:08:53
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 30/06/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 702.498,09
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 8.8EF.289.F1D.904.297

Transação efetuada com sucesso por: JA015962 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Geral de Promissão - SP

Relatório de Desempenho mês de JUNHO de 2021

Período compreendido: **01/06/2021 a 30/06/2021**

Origem dos dados: Epimed Monitor ® Epimed

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	6,6%
Duração média da internação (dias)	< 8 dias	8,50
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 1	2,15
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6%	
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	(1) 4,67%
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	Teve 1 veio da origem
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	3,9%
Taxa de ocupação (%)	75%	85%
Taxa de Satisfação	90%	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	38
Internações Novas (n)	25	30
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	20	30
Reinternações na unidade < 24hs (n)	1	0
Número de pacientes-dia (n)	150	255
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	27,94
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	35,66%
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	18
Mortalidade Observada (%)	-	47,37%
Taxa de utilização de VM (%)	-	(165 dias) 64,71%
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	(170 dias) 66,67%
Taxa de utilização de SVD (%)	-	(214 dias) 83,92%

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

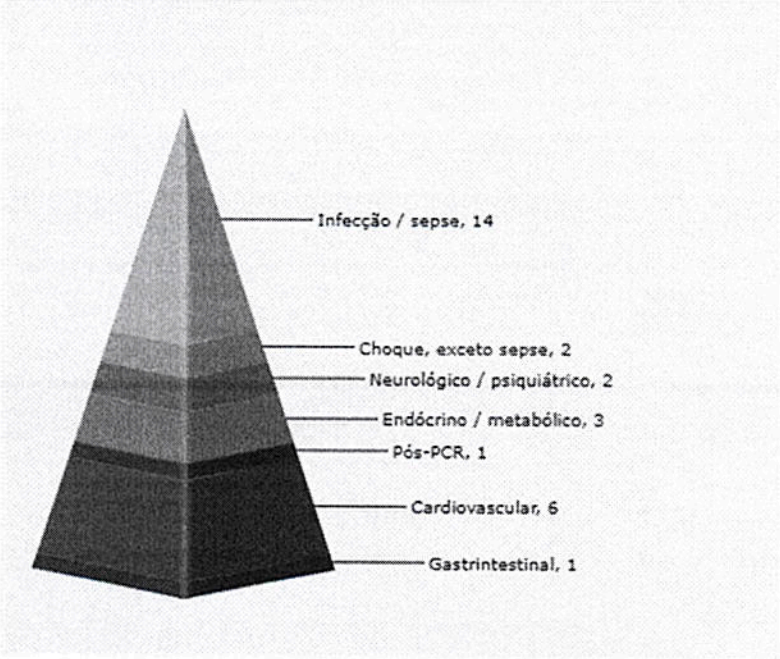
EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
UPP – Lesão na pele e no tecido subjacente resultante da pressão prolongada sobre a pele.	Treinamento com equipe, potencializando o olhar clínico e cuidado prestado na manutenção realizando educação permanente
ITU – Infecção em alguma parte do sistema urinário, nos rins, na bexiga ou na uretra.	Treinamento com equipe relacionado ao cuidado e manuseio com a sonda vesical de demora

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

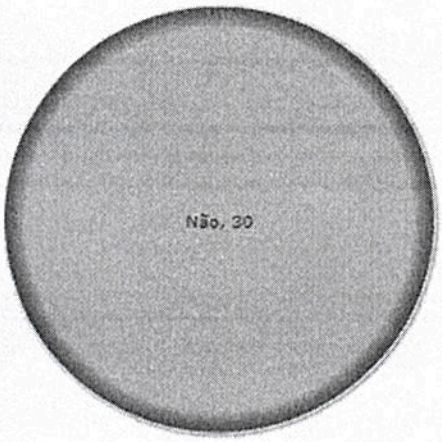
AHBB | REDE SANTA CASA

GRÁFICOS DO MÊS DE JUNHO/2021

TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO



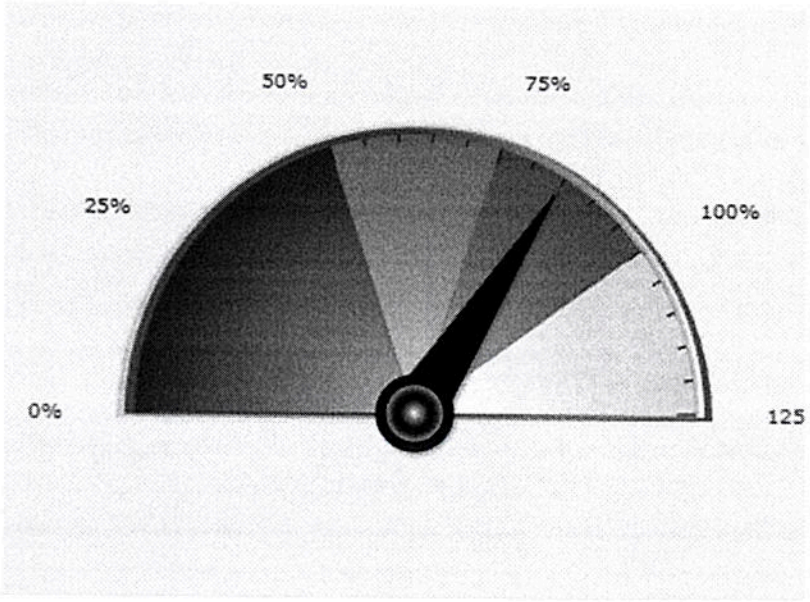
REINTERNAÇÕES NA UNIDADE



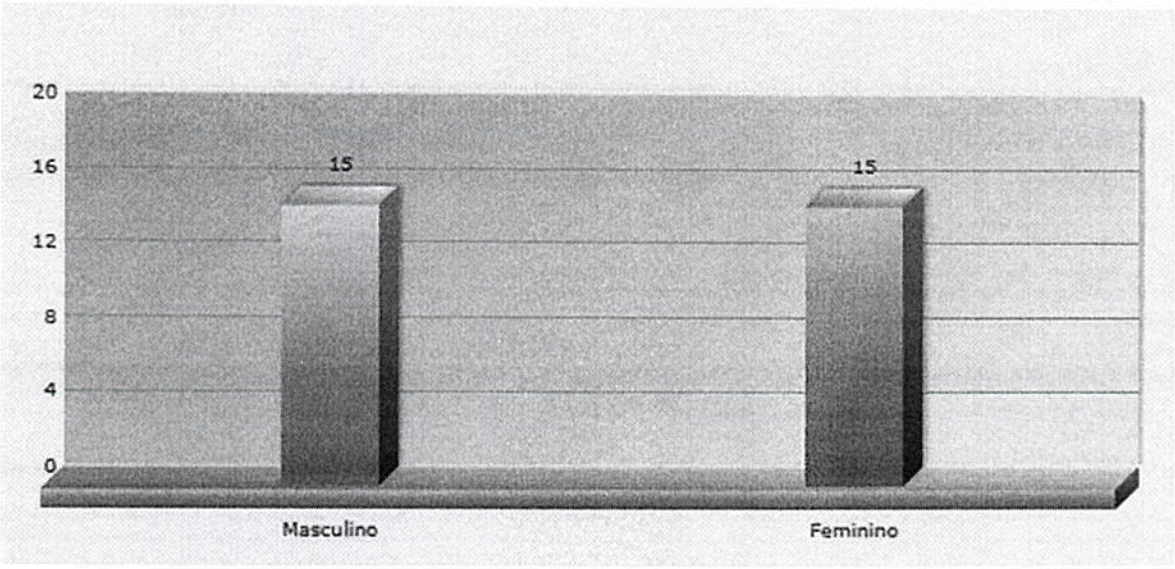
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TAXA DE OCUPAÇÃO

AHBB | REDE SANTA CASA



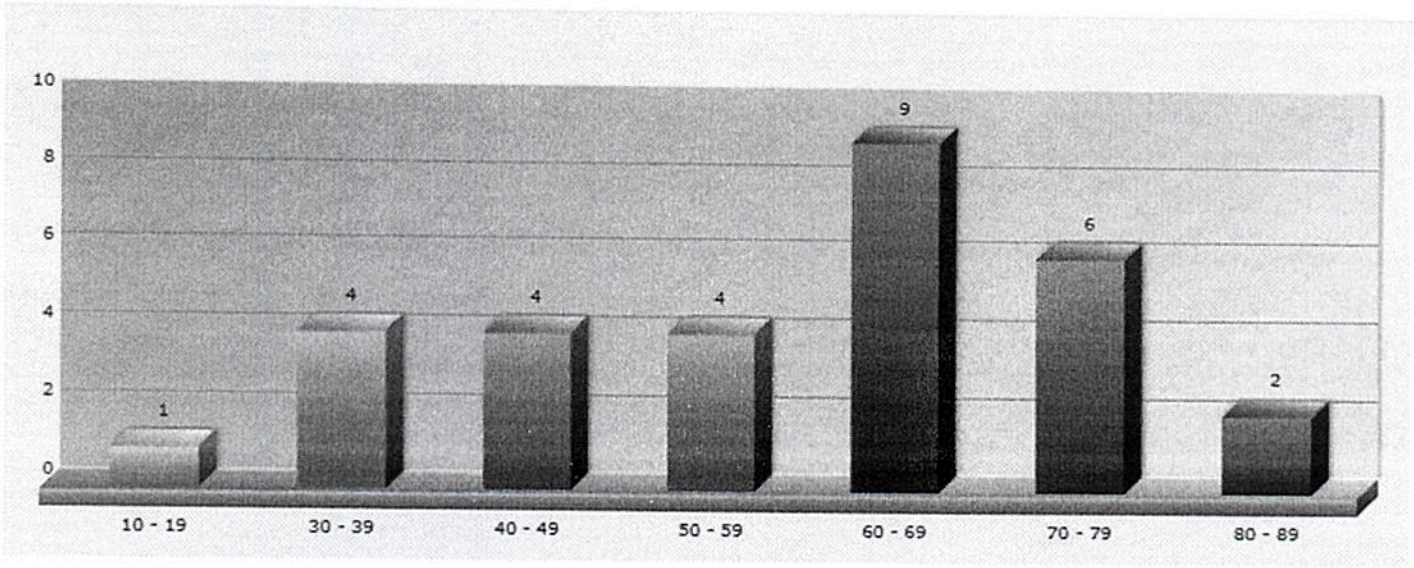
SEXO



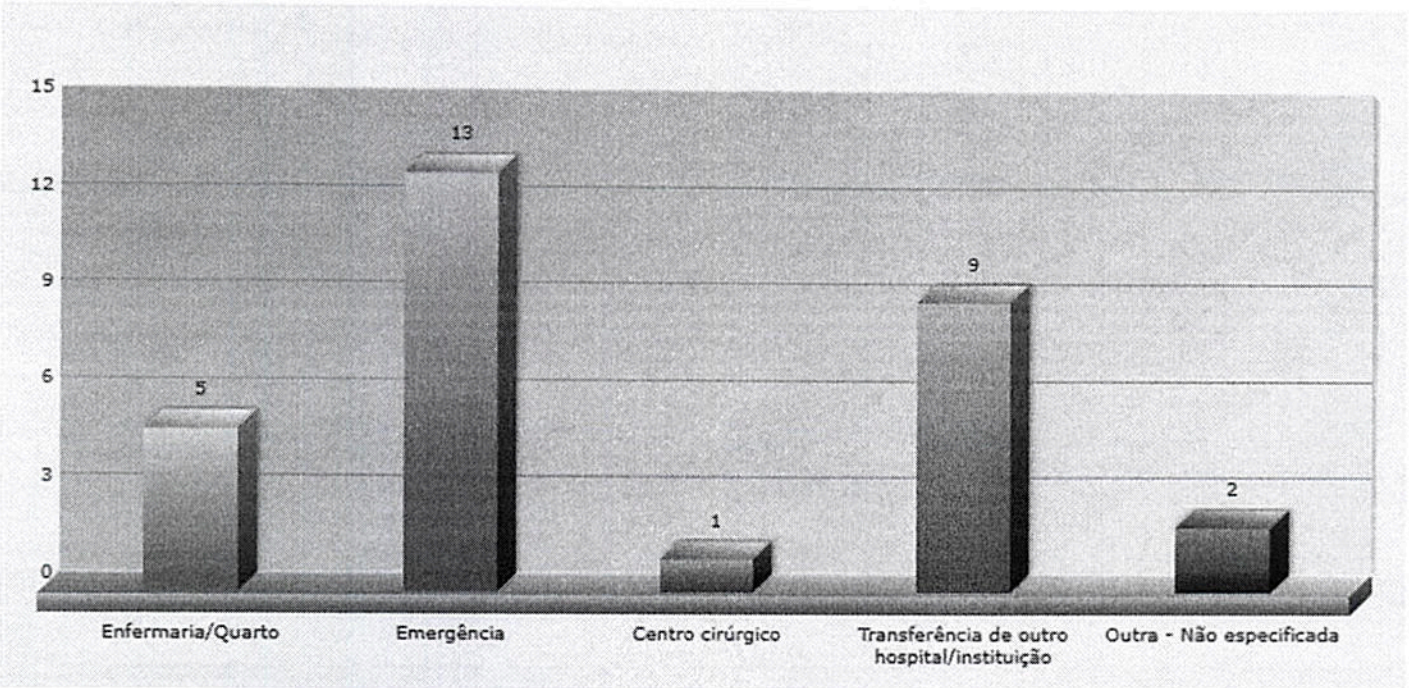
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FAIXA ETÁRIA

AHBB | REDE SANTA CASA

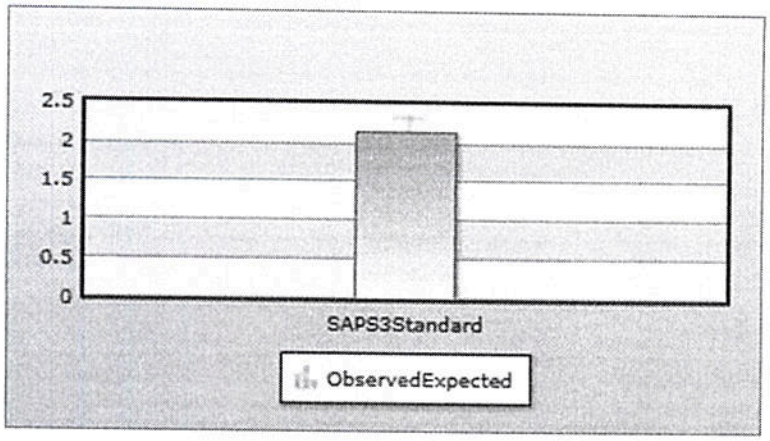


ORIGEM DA INTERNAÇÃO

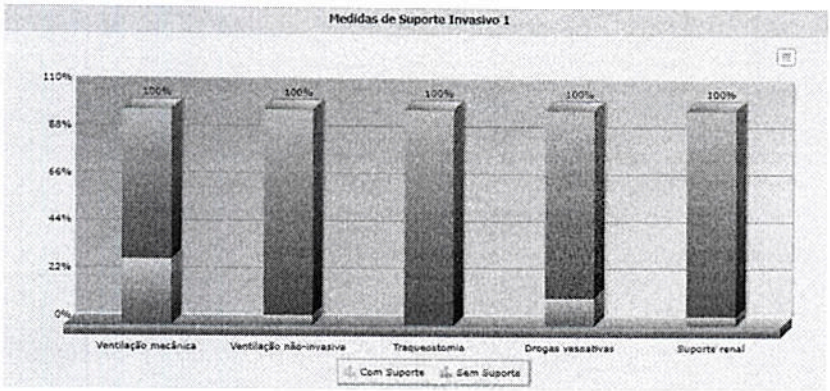


Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

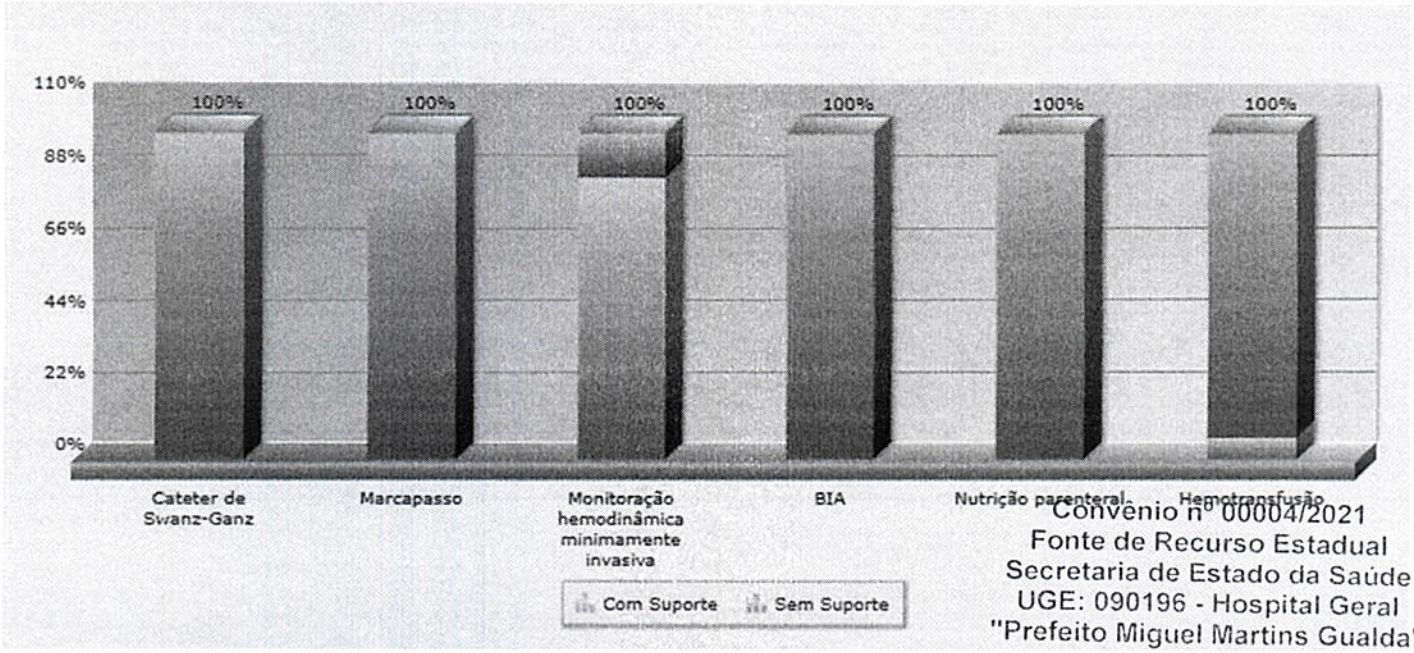
ESCORE SAPS 3



MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I

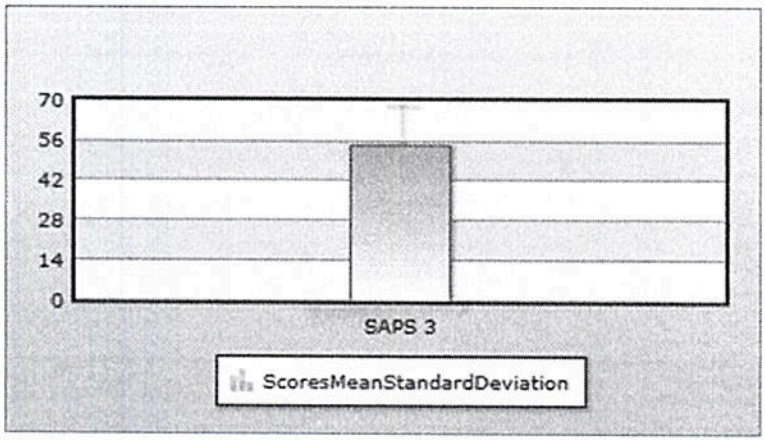


MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



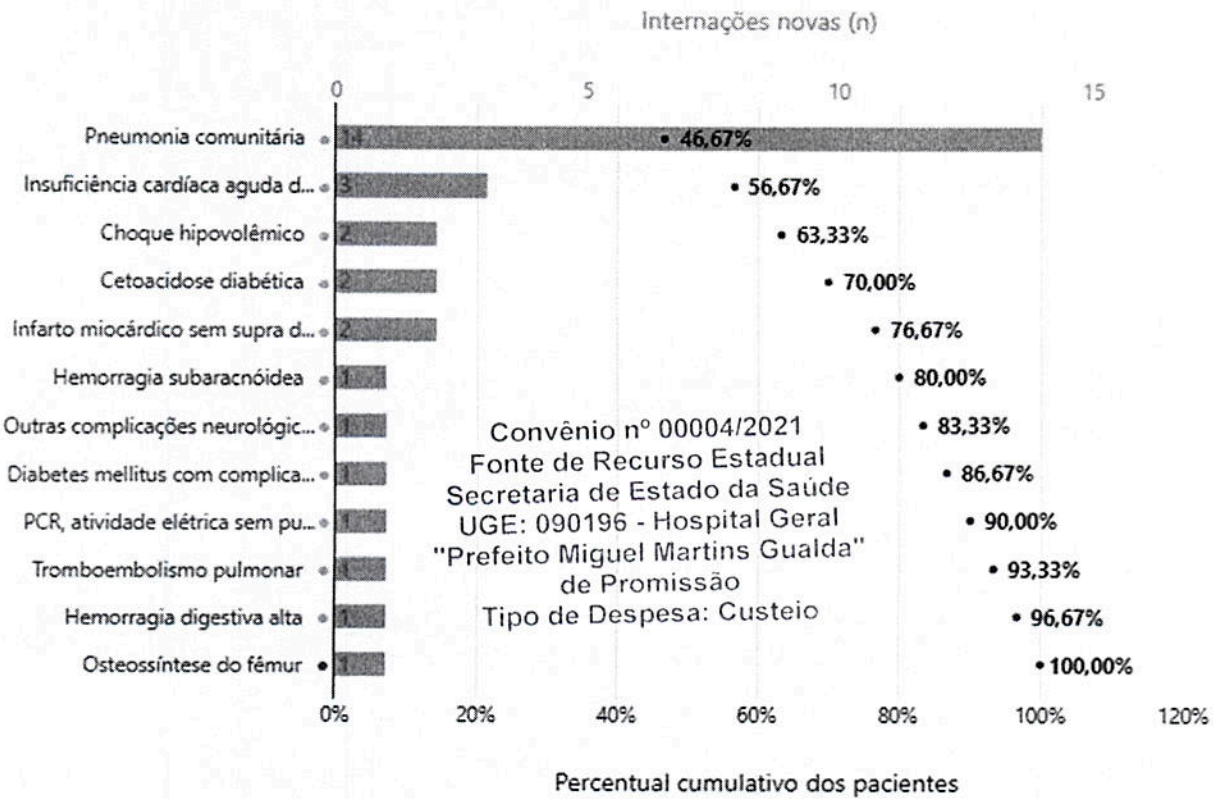
Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ESCORE DE PROGNÓSTICO



DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos principais



Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, podem apresentar oscilações dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Cordialmente,

Coordenador Médico

Gerente de Enfermagem

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio