

DEMONSTRATIVO INTEGRAL DE RECEITAS E DESPESAS
CONTRATO DE GESTÃO

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

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

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA REPASSE	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOC DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
05/07/2024	R\$ 1.499.621,90			
05/08/2024	R\$ 1.499.621,90			
05/09/2024	R\$ 1.499.621,90	06/09/2024	100.000	R\$ 990.945,41
(A) SALDO DO EXERÍCIO ANTERIOR				R\$ -
(B) REPASSES RECEBIDOS NO EXERCÍCIO				R\$ 990.945,41
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				R\$ 1.838,82
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE				R\$ -
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				R\$ 992.784,23
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE PARCEIRA				R\$ -
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				R\$ 992.784,23

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

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO					
ORIGEM DOS RECURSOS:					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA RECEITA (Conforme Plano de Trabalho)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)(I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (J=H+I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A SEREM PAGAS EM EXERCÍCIOS SEGUINTE
PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 525.090,11	R\$ -	R\$ 525.090,11	R\$ 525.090,11	R\$ -
MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 56.553,85	R\$ -	R\$ 56.553,85	R\$ 56.553,85	R\$ -
MATERIAIS E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 28.705,89	R\$ -	R\$ 28.705,89	R\$ 28.705,89	R\$ -
SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$ 170.652,60	R\$ -	R\$ 170.652,60	R\$ 170.652,60	R\$ -
UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 1.076,75	R\$ -	R\$ 1.076,75	R\$ 1.076,75	R\$ -
COOPORTATIVOS	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R\$ 21.994,00	R\$ -	R\$ 21.994,00	R\$ 21.994,00	R\$ -
TOTAL	R\$ 804.073,20	R\$ -	R\$ 804.073,20	R\$ 804.073,20	R\$ -

ORIGEM DOS RECURSOS (4): Recursos Próprios					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R\$)	DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (H)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) (I)	TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R\$) - (J=H+I)	DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTE (R\$)
OUTROS GASTOS	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	
DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 519,31	R\$ -	R\$ 519,31	R\$ 519,31	R\$ -
TOTAL	R\$ 519,31	R\$ -	R\$ 519,31	R\$ 519,31	R\$ -

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$ 992.784,23
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$ 804.592,51
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	R\$ 188.191,72
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	R\$ -
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)	R\$ 188.191,72

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

Louveira, 30 de Setembro 2.024

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

**Extrato Fundo de Investimento**
Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 11/10/2024
Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013	

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 30/08/2024	Cota em: 30/09/2024
0,8011	7,6407	10,5488	2,63439700	2,65550100

Administradora

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

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 0003.000000000525-6	Mês/Ano 09/2024	Folha 01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R\$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	0,00	0,000000
Aplicações	990.945,41C	375.445,002612
Resgates	804.592,51D	304.576,377864
Rendimento Bruto no Mês	3.234,49C	
IRRF	202,31D	
IOF	1.193,36D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	188.191,72C	70.868,624747
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

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

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
06 / 09	APLICACAO	990.945,41C	375.445,002612
11 / 09	RESGATE	161.402,76D	61.142,502697
	IRRF	6,94D	
	IOF	150,61D	
16 / 09	RESGATE	415.426,69D	157.301,876287
	IRRF	71,36D	
	IOF	615,74D	
20 / 09	RESGATE	144.110,02D	54.524,591148
	IRRF	57,60D	
	IOF	288,69D	
25 / 09	RESGATE	65.419,27D	24.725,126084
	IRRF	46,46D	
	IOF	116,15D	
30 / 09	RESGATE	18.233,77D	6.882,281646
	IRRF	19,95D	
	IOF	22,17D	

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

899,27

202,31

Informações ao Cotista

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

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

Serviço de Atendimento ao Cotista

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

 **Fechar** **Imprimir**

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00282771647-0

CPF/CNPJ: 56.932.991/0001-03

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ODONTO SORRISO MC

Valor: R\$ 5.600,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00128962

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: RZ46WFRYK4LWTFS7

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número da Nota 00000003		
		Data e Hora de Emissão 31/08/2024 10:07:53		
20240831u56932991000103		Código de Verificação P9VD-CB3X		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 56.932.991/0001-03 Inscrição Municipal: 1.471.650-0				
Nome/Razão Social: ODONTO SORRISO MC LTDA				
Endereço: AV YERVANT KISSAJIKIAN 1471 - VILA CONSTANCA - CEP: 04657-001				
Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ----				
Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064				
Município: Garça UF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Contrato de Gestão 001/2024 Órgão Prefeitura de Louveira Plantão 27/07/2024 Diurno, Plantão 03/08/2024 Diurno, Plantão 10/08/2024 Diurno, Plantão 17/08/2024 Diurno, Plantão 20/08/2024 Noturno, Plantão 24/08/2024 Diurno, Plantão 27/08/2024 Noturno, Plantão 31/08/2024 Diurno Totalizando R\$ 5.600,00 Dados Para Deposito Banco 0260 Nu Pagamentos S.A Agencia 0001 Conta Corrente 282771647-0 CNPJ 56.932.991/0001-03				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 5.600,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04693 - Odontologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

ESCALA DENTISTAS AGOSTO/24				
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		Qtd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
José Eduardo da Costa (FC)	04N, 07D, 07N, 11N, 14D, 14N, 18N, 21D, 21N, 25N, 28D, 28N		12	R\$ 8.400,00
Fernando Coelho (Bructors)	01D, 02N, 08D, 09N, 15D, 16N, 22D, 23N, 29D, 30N		10	R\$ 7.000,00
Bruno Coelho (Bructors)	01N, 05N, 08N, 12N, 15N, 19N, 22N, 26N, 29N		9	R\$ 6.300,00
Dante Lucchesi	02D, 05D, 09D, 12D, 16D, 19D, 23D, 26D, 30D		9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	27/07D, 03D, 10D, 17D, 20N, 24D, 27N, 31D		8	R\$ 5.600,00
Larissa Galvão	03N, 06N, 10N, 13N, 17N, 18D, 24N, 25D, 31N		9	R\$ 6.300,00
Karina Eorendjian	04D, 11D,		2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	06D, 13D, 20D, 27D		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL		63	R\$ 44.100,00

Obs: A dentista Maria do Carmo não recebeu em Julho por não ter CNPJ, o valor da nota ficou junto com Agosto ref a 27/07.

Obs2: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 077/0001/00038202316-1

CPF/CNPJ: 06.995.838/0001-49

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: BRUCTOR PARTNERS SAUDE

Valor: R\$ 12.482,05

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00129245

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: 4CQ074MGP5CMJKZX

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

Departamento de Finanças

Rua 7 de Setembro, 398 - Centro

Número do RPS

Número da nota

4

Data da emissão da nota

30/08/2024 14:11:35

Data do fato gerador

30/08/2024 14:11:35

Código de verificação

LAXFAVVDF

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia: BRUCTOR PARTNERS

Nome/Razão social:BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA

CPF/CNPJ:06.995.838/0001-49

Inscrição municipal: 120869

Inscrição estadual:

Telefone:(11) 5599-3561

Endereço: R CONSTANCIO MARTINS SAMPAIO Número: 115 Bairro: PARQUE DO SOL NASCENTE CEP: 14270-000

Complemento: B

UF: SP

Site:

Município: Santa Rosa de Viterbo

E-mail: fernandodosscoelho@hotmail.com

Celular:(11) 99503-0393

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição municipal:

Inscrição estadual:

Endereço: RUA DR. ORLANDO T SANTOS Número: 50 Bairro: WILLIAMS CEP: 17402-064

Complemento:

UF: SP

Site:

Município: Garça

E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Telefone: (16) 3374-8438

Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇO ODONTOLÓGICO - CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA:	13.300,0000	1,0000	13.300,0000	13.300,00x3,00 =	399,00
PLANTÕES REALIZADOS: DIURNO: 01/08/2024, 08/08/2024, 15/08/2024, 22/08/2024 e 29/08/2024. NOTURNO: 01/08/2024, 02/08/2024, 05/08/2024, 08/08/2024, 09/08/2024, 12/08/2024, 15/08/2024, 16/08/2024, 19/08/2024, 22/08/2024, 23/08/2024, 26/08/2024, 29/08/2024 e 30/08/2024. DADOS BANCÁRIOS: BANCO: 077 - INTER AGÊNCIA: 0001-9 CONTA CORRENTE: 38202316-1 .					

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R\$)
1		À vista	12.482,05								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 86,45	R\$ 399,00	R\$ 0,00	R\$ 199,50	R\$ 133,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 13.300,00		Valor líquido = R\$ 12.482,05			

Códigos dos serviços:
04.12 - Odontologia.

Desc. condicionado(R\$)	Desc. incondicionado(R\$)	Deduções(R\$)	Base de cálculo(R\$)	Valor ISS(R\$)
0,00	0,00	0,00	13.300,00	399,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município

Situação tributária do ISSQN: Normal

Local da prestação do serviço: Louveira

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.788,85 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 283,29 (2,13%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

ESCALA DENTISTAS AGOSTO/24				
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		Qtd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
José Eduardo da Costa (FC)	04N, 07D, 07N, 11N, 14D, 14N, 18N, 21D, 21N, 25N, 28D, 28N		12	R\$ 8.400,00
Fernando Coelho (Bructors)	01D, 02N, 08D, 09N, 15D, 16N, 22D, 23N, 29D, 30N		10	R\$ 7.000,00
Bruno Coelho (Bructors)	01N, 05N, 08N, 12N, 15N, 19N, 22N, 26N, 29N		9	R\$ 6.300,00
Dante Lucchesi	02D, 05D, 09D, 12D, 16D, 19D, 23D, 26D, 30D		9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	27/07D, 03D, 10D, 17D, 20N, 24D, 27N, 31D		8	R\$ 5.600,00
Larissa Galvão	03N, 06N, 10N, 13N, 17N, 18D, 24N, 25D, 31N		9	R\$ 6.300,00
Karina Eorendjian	04D, 11D,		2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	06D, 13D, 20D, 27D		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL		63	R\$ 44.100,00

Obs: A dentista Maria do Carmo não recebeu em Julho por não ter CNPJ, o valor da nota ficou junto com Agosto ref a 27/07.

Obs2: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00145551197-5

CPF/CNPJ: 56.389.980/0001-10

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA

Valor: R\$ 6.300,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00129442

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: NX73JTELH4R99AN1

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20240831u56389980000110

Número da Nota

00000002

Data e Hora de Emissão

31/08/2024 09:23:00

Código de Verificação

B6QG-6ZVJ

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 56.389.980/0001-10

Nome/Razão Social: DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA LTDA

Endereço: R ASCENSAO 22 - JARDIM TEXTIL - CEP: 03415-070

Município: São Paulo

Inscrição Municipal: 1.462.182-7

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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

Município: Garça

Inscrição Municipal: ----

UF: SP

E-mail: controladoria@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Contrato de Gestão 001/2024 Órgão Prefeitura Municipal de Louveira, Plantão 02/08/24 Diurno, Plantão 05/08/2024 Diurno, Plantão 09/08/2024 Diurno, Plantão 12/08/2024 Diurno, Plantão 16/08/2024 Diurno, Plantão 19/08/2024 Diurno, Plantão 23/08/2024 Diurno, Plantão 26/08/2024 Diurno, Plantão 30/08/2024 Diurno Totalizando R\$ 6.300,00 Dados Para Depósito Banco 0260 Nu Pagamentos S.A Agencia 0001 Conta Corrente 145551197-5 CNPJ 56.389.980/0001-10

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.300,00

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

Código do Serviço

04693 - Odontologia.

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

ESCALA DENTISTAS AGOSTO/24				
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		Qtd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
José Eduardo da Costa (FC)	04N, 07D, 07N, 11N, 14D, 14N, 18N, 21D, 21N, 25N, 28D, 28N		12	R\$ 8.400,00
Fernando Coelho (Bructors)	01D, 02N, 08D, 09N, 15D, 16N, 22D, 23N, 29D, 30N		10	R\$ 7.000,00
Bruno Coelho (Bructors)	01N, 05N, 08N, 12N, 15N, 19N, 22N, 26N, 29N		9	R\$ 6.300,00
Dante Lucchesi	02D, 05D, 09D, 12D, 16D, 19D, 23D, 26D, 30D		9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	27/07D, 03D, 10D, 17D, 20N, 24D, 27N, 31D		8	R\$ 5.600,00
Larissa Galvão	03N, 06N, 10N, 13N, 17N, 18D, 24N, 25D, 31N		9	R\$ 6.300,00
Karina Eorendjian	04D, 11D,		2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	06D, 13D, 20D, 27D		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL		63	R\$ 44.100,00

Obs: A dentista Maria do Carmo não recebeu em Julho por não ter CNPJ, o valor da nota ficou junto com Agosto ref a 27/07.

Obs2: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00288015787-1

CPF/CNPJ: 56.307.736/0001-61

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA

Valor: R\$ 6.300,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00129728

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: 0V5P1KY526L1R69P

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20240902u16642828828

Número da Nota

00000003

Data e Hora de Emissão

02/09/2024 15:06:14

Código de Verificação

X6BZ-QRVB

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 56.307.736/0001-61

Inscrição Municipal: 1.453.973-0

Nome/Razão Social: LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA LTDA

Endereço: R BALTAZAR LISBOA 170, APT 64 - VILA MARIANA - CEP: 04110-900

Município: São Paulo

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal: ----

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

Município: Garça

UF: SP

E-mail: controladoria@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço Odontologico - Contrato de Gestao 01/2024 Prefeitura Municipal de Louveira

Plantões realizados:

Diurno: 18/08 e 25/08

Noturno: 03/08, 06/08, 10/08, 13/08, 17/08, 24/08 e 31/08

Dados Bancarios

Banco 260 Nu pagamentos S. A

Agencia 0001

Conta corrente 288015787-1

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 6.300,00

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

Código do Serviço

04693 - Odontologia.

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

ESCALA DENTISTAS AGOSTO/24				
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		Qtd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
José Eduardo da Costa (FC)	04N, 07D, 07N, 11N, 14D, 14N, 18N, 21D, 21N, 25N, 28D, 28N		12	R\$ 8.400,00
Fernando Coelho (Bructors)	01D, 02N, 08D, 09N, 15D, 16N, 22D, 23N, 29D, 30N		10	R\$ 7.000,00
Bruno Coelho (Bructors)	01N, 05N, 08N, 12N, 15N, 19N, 22N, 26N, 29N		9	R\$ 6.300,00
Dante Lucchesi	02D, 05D, 09D, 12D, 16D, 19D, 23D, 26D, 30D		9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	27/07D, 03D, 10D, 17D, 20N, 24D, 27N, 31D		8	R\$ 5.600,00
Larissa Galvão	03N, 06N, 10N, 13N, 17N, 18D, 24N, 25D, 31N		9	R\$ 6.300,00
Karina Eorendjian	04D, 11D,		2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	06D, 13D, 20D, 27D		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL		63	R\$ 44.100,00

Obs: A dentista Maria do Carmo não recebeu em Julho por não ter CNPJ, o valor da nota ficou junto com Agosto ref a 27/07.

Obs2: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/7165/00000002236-4

CPF/CNPJ: 09.273.946/0001-04

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: EDNALDO NOGUEIRA SANTANA

Valor: R\$ 42.801,29

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00129998

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: NT9UZC7YK4T8H45R

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota

00000958

Data e Hora de Emissão

02/09/2024 11:33:40

Código de Verificação

863191f9



Nome/Razão Social: EDNALDO NOGUEIRA SANTANA

CPF/CNPJ: 09.273.946/0001-04

Endereço: RUA GERALDO PAULINO, Nº000009 - BAIRRO SAO BERNARDO - CEP:13030-630

Município: CAMPINAS

Inscrição Municipal: 00131553-6

UF: SP

Telefone: (19) 33677015

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, Nº50 - BAIRRO WILLIAMS - CEP:17402-064

Município: GARÇA

Inscrição Municipal: 00000000-0

E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Telefone: (16) 33748438

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA

ADITIVO INVESTIMENTO

AGOSTO/2024

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE AMBULÂNCIA SUPORTE BÁSICO PARA SUPRIR A DEMANDA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE LOUVEIRA ADULTO E PEDIÁTRICO, 24 HORAS DISPONÍVEL COM MOTORISTA EM ESCALA 12 POR 36.

DADOS PARA PAGAMENTO EM NOME DA CONTRATADA: BANCO ITAU, AGENCIA 7165, CONTA CORRENTE 02236-4.

CHAVE PIX CNPJ 09273946000104

Tributável SIM	Item REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS	Qtde 1	Unitário R\$ 42.801,29	Total R\$ 42.801,29
	Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 8622-4/00-00 - Servicos de remocao de pacientes, exceto os servicos moveis de atendimento a urgencias.			

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

PIS (0,0000%): R\$ 0,00	COFINS (3,0000%): R\$ 0,00	INSS (2,0000%): R\$ 0,00	IR (1,5000%): R\$ 0,00	CSLL (2,0000%): R\$ 0,00
----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 42.801,29

Deduções Base Cálculo ISSQN: R\$ 0,00	Base de Cálculo ISSQN: ***	Alíquota ISSQN: ***	Alíquota Efetiva ISSQN: ***	ISSQN Devido: ***
--	-------------------------------	------------------------	--------------------------------	----------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência da Nota Fiscal: 09/2024

Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional

CNAE: 8622-4/00-00

Descrição da Atividade: SERVICOS DE REMOCAO DE PACIENTES, EXCETO OS SERVICOS MOVEIS DE ATENDIMENTO A URGENCIAS

Serviço: 04.21 - Unidade de atendimento, assistência ou tratamento móvel e congêneres.

Local da Prestação do Serviço: LOUVEIRA/SP

Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. - ISSQN devido a Campinas

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00028723766-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ELAINE R D OLIVEIRA NEGOCIOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico: TED

CPF/CNPJ: 37.257.070/0001-30

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 49.500,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Data da Operação: 11/09/2024

Código da Operação: 00130136

Chave de Segurança: CMLV8GX4H2RUQM08

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Prefeitura do Município de Osasco

Secretaria de Finanças



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Prestados - NF-e

Série: E

Nota No.: 47

Emissão: 30/08/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: ELAINE R D OLIVEIRA NEGOCIOS

CNPJ/CPF: 37.257.070/0001-30

Inscrição Municipal: 0000176816

Endereço: AVENIDA CAETANO DE CAMPOS, 102 - Bela Vista - 06070260

Município: Osasco

UF: SP

Fone: (11) 4015-5954

TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social/Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal:

Endereço: AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - CIDADE LINS - 46400400

Município: Osasco

UF: SP

ATIVIDADE: 7.10 - Limpeza, manutenção e conservação de vias e logradouros públicos, imóveis, chaminés, piscinas, parques, jardins e congêneres.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

Contrato de gestão 001/2024.

Prefeitura de Louveira

Prestação de serviço de higienização e limpeza em hospital Santo Antônio em agosto/2024.

11% INSS: R\$5.445,00 ISS RETIDO

Banco: 336- Banco C6 S.A.

Agencia: 0001

Conta Corrente: 28723766-4

(A)		C = (A)		(E)	F=(C*E%)	
Valor Serviço		Base de Cálculo		Alíq. (%):	Valor ISS	Ref.:
49.500,00		49.500,00		*3,20	*1.584,00	08/2024

Impostos Adicionais (Os valores informados são de responsabilidade do emissor):

(A)

IR (R\$):

Cofins (R\$):

CSLL (R\$):

Valor Total da Nota

INSS (R\$): 5.445,00

Pis/Pasep (R\$):

Outros (R\$):

49.500,00

Local da prestação do serviço: RUA DALVO LUIZ MARTINS CRUZ, 63 13291010 LOUVEIRA/SP

Verifique a autenticidade desta nota no site <http://nfe.osasco.sp.gov.br> através do código:

AYMQAVUI

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Nota fiscal emitida em 30/08/2024 às 11:00

Iss Retido ou Devido fora do município (Substituição Tributária)

* Prestador de Serviço enquadrado no SIMPLES NACIONAL

Prestador de Serviço enquadrado em regime de 'ISS Auto-Lançado'

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0032/00000026224-8

CPF/CNPJ: 25.134.494/0001-28

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO

Valor: R\$ 9.000,42

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00130456

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: RLZ1JMQJF52VC15L

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



TDR CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO LTDA
CNPJ Nº 25.134.494/0001-28
AVENIDA BENTO DA SILVA BUENO,
Nº1076 – PARAÍSO (POLVILHO) CEP
07793-690 - CAJAMAR – SÃO PAULO

Fatura Nº 104/24

Emissão 03/09/2024

DESTINATÁRIO

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: Rua Dr. Orlando Thiago Santos, 50

Bairro: Willians

Cidade: Louveira/SP

CEP: 06.401-120

Inscrição Municipal: ISENTO

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Telefone:

CONTRATO:

PAGAMENTO:

LOCAÇÃO E
HIGIENIZAÇÃO DE
ENXOVAL

Forma de Pagamento:
Todo dia 10 após
emissão da fatura

Vencimento

10/09/2024

Prestação de serviços de lavanderia a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, referente ao período 01/08/2024 a 31/08/2024 na unidade AHBB – Hospital Santo Antonio Louveira, conforme contrato de Gestão sob nº 001/2024.

Forma De Pagamento: DEPÓSITO BANCÁRIO

Dados Bancários: Banco: ITAU Agência: 0032 CC: 26224-8
Chave PIX CNPJ: 25.134.494/0001-28

Serviços de locação com higienização de enxoval hospitalar Vinculado ao Contrato Gestão nº 001/2023.

DISPENSA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL DE SERVIÇOS, POR NÃO CONSTAR NA LISTA DE SERVIÇOS, CONFORME A LEI COMPLEMENTAR 116/03. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Código	Descrição / Configuração		
000-6	LOCAÇÃO DE ENXOVAL HOSPITALAR HIGIENIZADO	Valor de locação de enxoval higienizado	R\$ 9.000,42
Valor Total da Fatura			R\$ 9.000,42

R\$ 9.000,42 (nove mil reais e quarenta e dois centavos)



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

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

CNPJ: 25.134.494/0001-28

Certidão nº: 35373719/2024

Expedição: 21/05/2024, às 09:12:31

Validade: 17/11/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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



Prefeitura Municipal de Cajamar

Estado de São Paulo

CERTIDÃO NEGATIVA Nº 19149/2024 - VIA WEB

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

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

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

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

Atividade : LAVANDERIAS

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

QUINTA-FEIRA, 6 DE JUNHO DE 2024

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

Inscrição Cadastral : **22229**
Número de Controle : **7031947299726004**
Data da Emissão : **06/06/2024**
Hora da Emissão : **11:33:40**



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

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

CNPJ Base: 25.134.494

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

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

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



Certidão nº 60335722

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 03/09/2024 16:29:51

(hora de Brasília)

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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

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



Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

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

CNPJ: 25.134.494/0001-28

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

Certidão nº 24080041196-81

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

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 12:01:49 do dia 25/06/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 22/12/2024.

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

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

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

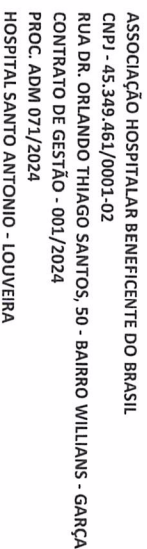
O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 28/08/2024 a 26/09/2024

Certificação Número: 2024082809084014251655

Informação obtida em 03/09/2024 16:31:06

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

[illegible]

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 403/0001/00002903740-6

CPF/CNPJ: 32.851.281/0001-82

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS

Valor: R\$ 12.000,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00130635

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: LNZ01F94UQA8481N

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LOCADOS – AGOSTO/2024

Unidade: Hospital Santo Antônio- Município de Louveira/SP

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

Sorocaba, 05 de setembro de 2024.


Guandapar Empreendimentos Ltda
Cristiano R. Guandalini
Administrador

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 32.851.281/0001-82
Razão Social: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA
Endereço: AL DAS MARGARIDAS 115 AP 32 / JARDIM SIMUS / SOROCABA / SP / 18055-200

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

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

Validade: 05/09/2024 a 04/10/2024

Certificação Número: 2024090509375317962901

Informação obtida em 05/09/2024 15:56:09

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



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

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

Nome: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA
CNPJ: 32.851.281/0001-82

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

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

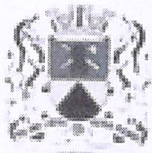
Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 11:13:57 do dia 27/05/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 23/11/2024.

Código de controle da certidão: **7898.2E26.2ADA.749F**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Página 1 de 1

CERTIDÃO NEGATIVA DE TRIBUTOS MUNICIPAIS

CERTIDÃO Nº: 0.444.834/24-06

CPF/CNPJ: 32.851.281/0001-82

Nome/Razão Social: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA

**Endereço: ALAMEDA DAS MARGARIDAS, 115 - APARTAMENTO:32;
JARDIM SIMUS**

SOROCABA/SP - CEP: 18.055-200

CERTIFICO, para os devidos fins e efeitos, a requerimento da parte interessada, e a vista dos registros existentes, que NÃO há débitos vinculados ao cadastro fiscal acima até a presente data, ressalvado o direito da Fazenda Municipal exigir os créditos municipais que sejam apurados e vinculados ao cadastro citado.

Certidão emitida às 17:20:00 h, do dia 05/08/2024.

Válida até 04/10/2024.

Código de autenticidade: **1F755A2B949395A6**

Para conferir a autenticidade de certidões, utilize o seguinte endereço: www.sorocaba.sp.gov.br e acesse o link "Validar Certidões".

Atenção: qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 32.851.281/0001-82
Certidão nº: 53648981/2024
Expedição: 05/08/2024, às 16:58:00
Validade: 01/02/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **32.851.281/0001-82**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas. Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho. No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais. A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>). Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

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

CNPJ Base: 32.851.281

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

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

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

Certidão nº 60387098

Data e hora da emissão 05/09/2024 15:57:43

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio <http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br>

Folha 1 de 1
(hora de Brasília)



RECIBO DE LOCAÇÃO

RECIBO DE LOCAÇÃO 00098 Pag.: 1 of 1

GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA
RUA ALAMEDA DAS MARGARIDAS Nº155 COMP AP Nº 32 CEP:
04383-050JD. SIMUS SOROCABA-SP
Fone/Fax: (15)997685750
E-mail:admguandapar@outlook.com
CNPJ: 32.851.281/0001-82 Inscr. Estadual:Isenta

RAZAO SOCIAL / NOME			CNPJ/CPF			DATA DA EMISSÃO		
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02			05/09/2024		
ENDERECO			BAIRRO			CEP		
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS ,50			WILLIAMS			17402064		
MUNICIPIO			FONE/FAX			UF		
GARÇA			(14) 3407-5060			SP		
						INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG		
						ISENTO		
NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
0000098	10/09/2024	12.000,00						

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITARIO	VL. TOTAL
AP	1	CR - DIGITALIZADORA	5.000,00	5.000,00
AP	1	RAIOS-X PORTÁTIL DE 200 KVA	7.000,00	7.000,00

Cobr.: Banco:403 Ag.:0001. Cc:2903740-6. PIX CNPJ: 32851281/0001-82 C/ PERIDOO DE LOCACAO MENSAL
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R\$ 255,56 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 10/09/2024 - VALOR R\$: 12.000,00
CONTRATO DE GESTÃO 001/2024

VALOR TOTAL: 12.000,00

Nº
00098

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

Data

Carimbo/Assinatura

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00010534777-9

CPF/CNPJ: 28.370.155/0001-39

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: GILENE FERNANDES DE SOUZA

Valor: R\$ 8.899,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00130775

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: P06YXQCYXMSX7PUP

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Chave de Acesso da NFS-e

35273062228370155000139000000000001924090585853060

Número da NFS-e

19

Competência da NFS-e

04/09/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e

04/09/2024 21:31:42

Número da DPS

12

Série da DPS

900

Data e Hora da emissão da DPS

04/09/2024 21:31:42



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

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 28.370.155/0001-39	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 3846-7900
Nome / Nome Empresarial GILENE FERNANDES DE SOUSA 30345566831		E-mail GILENE555@GMAIL.COM	
Endereço FREDERICO POLOZZI, 166, SAGRADO CORACAO DE JESUS		Município Louveira - SP	CEP 13290-000
Simple Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	
TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		E-mail -	
Endereço DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS		Município Garça - SP	CEP 17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
26.01.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondência...**Código de Tributação Municipal**
-**Local da Prestação**
Louveira - SP**País da Prestação**
-

Descrição do Serviço

Serviço de coleta para exames laboratoriais

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	País Resultado da Prestação do Serviço -	Município de Incidência do ISSQN Louveira - SP	Regime Especial de Tributação Nenhum
Tipo de Imunidade -	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN Não	Número Processo Suspensão -	Benefício Municipal -
Valor do Serviço R\$ 8.899,00	Desconto Incondicionado -	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
BC ISSQN -	Alíquota Aplicada -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

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

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R\$ 8.899,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 8.899,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf Cont: Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira.ref mês de agosto.....

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 12/09/2024 às 10:23:08

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00033951389-6

CPF/CNPJ: 56.177.982/0001-46

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: FC SERVICOS ODONTOLOGICOS

Valor: R\$ 8.400,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 11/09/2024

Código da Operação: 00130950

Data da Operação: 11/09/2024

Chave de Segurança: 6MM40LCMJX0YZ8P4

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e Serviço prestado em 30/08/2024	Número da Nota 00000003		
		Data e Hora de Emissão 30/08/2024 13:53:18		
20240830u56177982000146		Código de Verificação XFFX-JHUD		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 56.177.982/0001-46 Inscrição Municipal: 1.446.323-7				
Nome/Razão Social: FC SERVICOS ODONTOLOGICOS LTDA				
Endereço: R VIVEIROS DE CASTRO 88 - JARDIM SAO PAULO(ZONA - CEP: 02044-130				
Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ----				
Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064				
Município: Garça UF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Serviços Odontológicos Contrato de Gestão 001/2024 órgão Prefeitura Municipal de Louveira Plantão do dia 04/08/Diurno, 07/08 Diurno, 07/08 Noturno, 11/08 Noturno, 14/08 Diurno, 14/08 Noturno, 18/08 Noturno, 21/08 Diurno, 21/08 Noturno, 25/08 Noturno, 28/08 Diurno, 28/08 Noturno Totalizando R\$ 8.400,00, dados para depósito Banco 336 Banco C6 S.A Agencia 0001 Conta Corrente 33951389-6 CNPJ 56.177.982/0001-46				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 8.400,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04693 - Odontologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	-		
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 2;				

ESCALA DENTISTAS AGOSTO/24				
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		Qtd Plantão	Valor Total Plantão (R\$)
José Eduardo da Costa (FC)	04N, 07D, 07N, 11N, 14D, 14N, 18N, 21D, 21N, 25N, 28D, 28N		12	R\$ 8.400,00
Fernando Coelho (Bructors)	01D, 02N, 08D, 09N, 15D, 16N, 22D, 23N, 29D, 30N		10	R\$ 7.000,00
Bruno Coelho (Bructors)	01N, 05N, 08N, 12N, 15N, 19N, 22N, 26N, 29N		9	R\$ 6.300,00
Dante Lucchesi	02D, 05D, 09D, 12D, 16D, 19D, 23D, 26D, 30D		9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	27/07D, 03D, 10D, 17D, 20N, 24D, 27N, 31D		8	R\$ 5.600,00
Larissa Galvão	03N, 06N, 10N, 13N, 17N, 18D, 24N, 25D, 31N		9	R\$ 6.300,00
Karina Eorendjian	04D, 11D,		2	R\$ 1.400,00
Fernanda Carvalho	06D, 13D, 20D, 27D		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL		63	R\$ 44.100,00

Obs: A dentista Maria do Carmo não recebeu em Julho por não ter CNPJ, o valor da nota ficou junto com Agosto ref a 27/07.

Obs2: Os dentistas Fernando e Bruno Coelho recebem junto no mesmo CNPJ da Bructors.



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03197.634003 00000.211177 9 98380002354966
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS EIRELI
Nome/Razão Social:	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS LTDA
CPF/CNPJ:	28.070.436/0001-76
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL AHBB
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	13/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	23.549,66
Juros (R\$):	47,07
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	470,99
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	24.067,72
Valor Pago (R\$):	24.067,72

Data/hora da operação:	16/09/2024 12:00:24
------------------------	---------------------

Código da operação:	060193936
Chave de segurança:	1TN8HPTME0PRXJFM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

Recebemos de Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli (Integral Nuttri) os produtos e/ou serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL- AHBB. Valor total: 23.549,66

NF-e
Nº 4563
Série 1
Emissão 09/09/2024

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli

Rua Padre Joao Alvares, 217 - Vila Renata
Guarulhos - SP
CEP: 07.056-000 - Tel.: (11) 4307-9743

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

TIPO: 1-SAÍDA
Nº: 4563
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0928 0704 3600 0176 5500 1000 0045 6316 7905 3166

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

135242001511244 09/09/2024 15:18:04

NATUREZA DE OPERAÇÃO

Venda de producao do estabelecimento

INSCRIÇÃO ESTADUAL

796602411117

INSCR. ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

28.070.436/0001-76

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL- AHBB

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

09/09/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA DE SAÍDA

09/09/2024

MUNICÍPIO

Garca

FONE/FAX

14996349390

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

15:17:57

FATURA/DUPPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	13/09/2024	23.549,66						

CÁLCULO DE IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	23.549,66
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				23.549,66

TRANSPORTADOR

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
	9-Sem frete			
CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF

VOLUMES TRANSPORTADOS

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2.612				0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
2827	Desjejum Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 17,79	21069090	000	5101	Un	150,0000	3,2500	487,50	0,00	0,00	0,00
2817	Desjejum Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 6,75	21069090	000	5101	Un	60,0000	3,0800	184,80	0,00	0,00	0,00
2842	Desjejum Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 6,24	21069090	000	5101	Un	60,0000	2,8500	171,00	0,00	0,00	0,00
2828	Colacao Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 10,95	21069090	000	5101	Un	150,0000	2,0000	300,00	0,00	0,00	0,00
2840	Colacao Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 4,14	21069090	000	5101	Un	60,0000	1,8900	113,40	0,00	0,00	0,00
2843	Colacao Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 3,85	21069090	000	5101	Un	60,0000	1,7600	105,60	0,00	0,00	0,00
2735	Almoco Paciente Valor dos Impostos: R\$ 98,00	21069090	000	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00
2818	Almoco Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 36,14	21069090	000	5101	Un	60,0000	16,5000	990,00	0,00	0,00	0,00
2844	Almoco Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 33,49	21069090	000	5101	Un	60,0000	15,2900	917,40	0,00	0,00	0,00
11-S	Merenda Valor dos Impostos: R\$ 19,16	21069090	000	5101	Un	150,0000	3,5000	525,00	0,00	0,00	0,00
2819	Merenda Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 7,27	21069090	000	5101	Un	60,0000	3,3200	199,20	0,00	0,00	0,00
3923	Merenda liquida Valor dos Impostos: R\$ 6,72	21069090	000	5101	Un	60,0000	3,0700	184,20	0,00	0,00	0,00
2830	Jantar Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 98,00	21069090	000	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00
2820	Jantar Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 36,14	21069090	000	5101	Un	60,0000	16,5000	990,00	0,00	0,00	0,00
2846	Jantar Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 33,49	21069090	000	5101	Un	60,0000	15,2900	917,40	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 859,54 - Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira. - Faturamento referente ao periodo de 01/07/2024 ate 31/07/2024 Trib. aprox. R\$: 3.183,18 Federal, 4.238,92 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br 19CB11

RESERVADO AO FISCO



Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli
Rua Padre Joao Alvares, 217 - Vila Renata
Guarulhos - SP
CEP: 07.056-000 - Tel.: (11) 4307-9743

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
TIPO: 1-SAÍDA
Nº: 4563
SÉRIE: 1
FOLHA: 2/2



CHAVE DE ACESSO
3524 0928 0704 3600 0176 5500 1000 0045 6316 7905 3166

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
135242001511244 09/09/2024 15:18:04

NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de producao do estabelecimento		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 796602411117	INSCR. ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ 28.070.436/0001-76

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
2854	Ceia Dieta Geral Valor dos Impostos: RS 19,16	21069090	000	5101	Un	150,0000	3,5000	525,00	0,00	0,00	0,00
2821	Ceia Dieta Leve Valor dos Impostos: RS 7,27	21069090	000	5101	Un	60,0000	3,3200	199,20	0,00	0,00	0,00
2847	Ceia Dieta Liquida Valor dos Impostos: RS 6,72	21069090	000	5101	Un	60,0000	3,0700	184,20	0,00	0,00	0,00
2769	Desjejum Acompanhante Valor dos Impostos: RS 19,16	21069090	000	5101	Un	150,0000	3,5000	525,00	0,00	0,00	0,00
2742	Almoco Funcionario Valor dos Impostos: RS 98,00	21069090	000	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00
2824	Jantar Acompanhante Valor dos Impostos: RS 98,00	21069090	000	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00
2832	Agua 1,5L Valor dos Impostos: RS 39,42	22011000	000	5101	Un	240,0000	4,5000	1.080,00	0,00	0,00	0,00
3177	Aptamil 1 Valor dos Impostos: RS 8,46	19011010	000	5101	l	3,0000	77,3000	231,90	0,00	0,00	0,00
3178	Aptamil 2 Valor dos Impostos: RS 8,58	19011010	000	5101	l	3,0000	78,3900	235,17	0,00	0,00	0,00
1560	Aptamil Pre Lt 400g Valor dos Impostos: RS 8,12	19011010	000	5101	Un	3,0000	74,1900	222,57	0,00	0,00	0,00
2762	Mamadeira Valor dos Impostos: RS 4,71	21069090	000	5101	Un	12,0000	10,7500	129,00	0,00	0,00	0,00
2762	Mamadeira Valor dos Impostos: RS 3,98	21069090	000	5101	Un	10,0000	10,9000	109,00	0,00	0,00	0,00
2762	Mamadeira Valor dos Impostos: RS 4,74	21069090	000	5101	Un	10,0000	12,9900	129,90	0,00	0,00	0,00
2762	Mamadeira Valor dos Impostos: RS 4,38	21069090	000	5101	Un	11,0000	10,9000	119,90	0,00	0,00	0,00
4068	Bico de mamadeira de silicone Valor dos Impostos: RS 3,21	39241000	000	5101	Un	25,0000	3,5200	88,00	0,00	0,00	0,00
4069	Bico de mamadeira ortodontico Valor dos Impostos: RS 3,07	39241000	000	5101	Un	25,0000	3,3600	84,00	0,00	0,00	0,00
4070	Chuquinha Valor dos Impostos: RS 0,77	21069010	000	5101	Un	6,0000	3,5000	21,00	0,00	0,00	0,00
4071	Novasource GC Valor dos Impostos: RS 8,78	21069010	000	5101	Un	3,0000	80,1500	240,45	0,00	0,00	0,00
4072	Novasource HP Valor dos Impostos: RS 8,98	21069010	000	5101	Un	3,0000	81,9900	245,97	0,00	0,00	0,00
3868	NovaSource Senior Valor dos Impostos: RS 10,65	21069090	000	5101	Un	3,0000	97,3000	291,90	0,00	0,00	0,00
4073	Novaspurce GL control Valor dos Impostos: RS 11,05	21069010	000	5101	Un	3,0000	100,9000	302,70	0,00	0,00	0,00
4074	Reosurce Ticken Up Clear 125g Valor dos Impostos: RS 6,56	21069090	000	5101	Un	2,0000	89,9000	179,80	0,00	0,00	0,00
4062	Desjejum diabeticos Valor dos Impostos: RS 3,97	21069090	000	5101	Un	30,0000	3,6300	108,90	0,00	0,00	0,00
4063	Colacao diabeticos Valor dos Impostos: RS 2,45	21069090	000	5101	Un	30,0000	2,2400	67,20	0,00	0,00	0,00
4064	Almoco diabeticos Valor dos Impostos: RS 21,33	21069010	000	5101	Un	30,0000	19,4800	584,40	0,00	0,00	0,00
4065	Merenda diabeticos Valor dos Impostos: RS 4,28	21069010	000	5101	Un	30,0000	3,9100	117,30	0,00	0,00	0,00
4066	Jantar diabeticos Valor dos Impostos: RS 21,33	21069010	000	5101	Un	30,0000	19,4800	584,40	0,00	0,00	0,00
4067	Ceia diabeticos Valor dos Impostos: RS 4,28	21069090	000	5101	Un	30,0000	3,9100	117,30	0,00	0,00	0,00



Pague agora com o seu Pix

Para efetuar o pagamento via Pix, utilize a opção Pix de seu aplicativo e aponte a câmera do seu aparelho para o QR code ao lado.

Recibo do Pagador

		001-9	00190.00009 03197.634003 00000.211177 9 98380002354966		
Nome do Pagador / Endereço		CNPJ	Data de Vencimento		
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB		45.349.461/0001-02	13/09/2024		
RUA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS			Agência/Código do Beneficiário		
17402-064 GARCA SP			4770-8/13742-1		
Nome do Beneficiário / Endereço		CNPJ	Nosso Número		
INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS E		28.070.436/0001-76	00031976340000000211		
R PADRE JOAO ALVARES 217 - VILA RENATA			Valor do Documento		
07056-000 GUARULHOS SP			23.549,66		
Uso do Banco	Nr. do documento	Espécie Doc	Aceite	Data Processamento	(=) Valor Pago
	4563	DM	N	09/09/2024	
					Autenticação mecânica

		001-9	00190.00009 03197.634003 00000.211177 9 98380002354966		
Local do Pagamento					Data de Vencimento
Pagar preferencialmente nos canais de autoatendimento do Banco do Brasil.					13/09/2024
Nome do Beneficiário		CNPJ	Agência/Código do Beneficiário		
INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS E		28.070.436/0001-76	4770-8/13742-1		
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie Doc	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
09/09/2024	4563	DM	N	09/09/2024	00031976340000000211
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	17	R\$			23.549,66
Informações de Responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto/Abatimento
JUROS: Taxa Mensal : 2,00 % APOS 13/09/2024					0,00
MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 14/09/2024					(+) Juros/Multa
					0,00
					(=) Valor Cobrado
					23.549,66

Nome do Pagador / Endereço		CNPJ
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB		45.349.461/0001-02
RUA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS		
17402-064 GARCA SP		
Beneficiário Final		CPF / CNPJ



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23792.38807 94233.000002 02005.991308 9 98410000029000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ELETROSAT COMERCIO E PRESTACAO DE SERVIC
Nome/Razão Social:	ELETROSAT COMERCIO E PRESTACAO DE SERVIC
CPF/CNPJ:	07.394.099/0001-00
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	ELETROSAT
CPF/CNPJ:	07.394.099/0001-00
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	ELETROSAT COMERCIO E PRESTACAO DE SERVIC
CPF/CNPJ:	07.394.099/0001-00
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	16/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Bolet	290,00
Juros (R\$):	0,00

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	290,00
Valor Pago (R\$):	290,00

Data/hora da operação:	16/09/2024 12:00:43
------------------------	---------------------

Código da operação:	060194600
Chave de segurança:	A2YLHEL6C4UP3AKM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

RECEBEMOS DE ELETROSAT COM. E PREST. DE SERVICOS EM AP. ELETRONICO LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000.000.041 SÉRIE 001
EMISSION: 15/08/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 290,00		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ELETROSAT COM. E PREST. DE SERVICOS EM AP. ELETRONICO LTDA RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 96 SALA 02 - JD. PRIMAVERA - CEP:13294-336 - LOUVEIRA - SP TEL: (19)3848-4677	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.000.041 fl. 1 / 1 SÉRIE 001	
		CHAVE DE ACESSO 3524 0807 3940 9900 0100 5500 1000 0000 4115 9682 5142
		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241782770810 15/08/2024 15:30:50
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421075787111	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 07.394.099/0001-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	15/08/2024
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 CELULAR CADASTRADO DE ROGE	BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064	DATA SAÍDA / ENTRADA 15/08/2024
MUNICÍPIO GARÇA	FONE / FAX	UF SP	HORA DA SAÍDA

FATURA			
NÚMERO DADOS DA FATURA 41	VALOR ORIGINAL 290,00	VALOR DESCONTO 0,00	VALOR LÍQUIDO 290,00

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	14/09/2024	290,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 290,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESS. 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 290,00

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

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
173	ROTEADOR MERCUSYS AC1200 WIRELESS MR30G	85176277	0102	5102	UN	1,000	290,00	290,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOC. EMITIDO POR ME/EPP OPT. SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO CREDITO FISCAL IPI. PERMITE APROV. CREDITO ICMS R\$ 5,39 CORRESP. A ALIQ. DE 1,86%, NOS TERMOS DO ART. 23 DA LC 123/2006 TOTAL APROX. R\$ 89,67 CONF. LEI TRANSP. FISCAL NO.12741/12. FONTE IBPT VL. TOTAL FCP R\$ 0,00	

Local de Pagamento					Vencimento
Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					16/09/2024
Beneficiário					Agência/Código Beneficiário
ELETROSAT COMERCIO E PRESTACAO DE SERVIC CPF/CNPJ: 007.394.099/0001-00					02388/59913-1
RUA DAS ROSAS , 191 - SL 2 - SANTO ANTONIO					
13290-000 - LOUVEIRA - SP					
Data do Doc.	Nº do documento	Espécie doc.	Aceite	Data Proces.	Nosso número
20/08/2024	380	DM	N	20/08/2024	09/42/330000002-0
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento
	9	R\$			290,00
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR CNPJ/CPF: 045.349.461/0001-02					
DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS - WILLIAMS					
17402-064 - GARÇA - SP					
Beneficiário final: ELETROSAT CPF/CNPJ: 007.394.099/0001-00					
LUIZ MARTINS CRUZ - DE 1 ATE 99998					
13294-336 - LOUVEIRA - SP					

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento					Vencimento
Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					16/09/2024
Beneficiário					Agência/Código Beneficiário
ELETROSAT COMERCIO E PRESTACAO DE SERVIC CPF/CNPJ: 007.394.099/0001-00					02388/59913-1
RUA DAS ROSAS - 191 - SL 2 - SANTO ANTONIO					
13290-000 - LOUVEIRA - SP					
Data do Doc.	Nº do documento	Espécie doc.	Aceite	Data Proces.	Nosso número
20/08/2024	380	DM	N	20/08/2024	09/42/330000002-0
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento
	9	R\$			290,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Descontos/Abatimentos
** VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** *					(-) Outras Deduções
JUROS POR DIA DE ATRASO.....0,00					(+) Mora/Multa
APOS 16.09.2024 MULTA5,80					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR CNPJ/CPF: 045.349.461/0001-02					
DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS - WILLIAMS					
17402-064 - GARÇA - SP					
Beneficiário final: ELETROSAT CPF/CNPJ: 007.394.099/0001-00					
LUIZ MARTINS CRUZ - DE 1 ATE 99998					
13294-336 - LOUVEIRA - SP					

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente	Alô Bradesco 0800 704 8383	Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099	Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	Demais telefones consulte o site Fale Conosco
Ouvidoria	0800 727 9933	Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.		



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.086179 3 98390000081000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	14/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	810,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	810,00
Valor Pago (R\$):	810,00

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:01:03

Código da operação: 060195312

Chave de segurança: T6MGQPW42WJ0R08U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Essencialox Com Gases e Equip Ltda.
Av Marginal Rio Jundiá, 2665 - Galpão 02 - Área Industrial
Várzea Paulista - SP CEP: 13221-800
CNPJ: 37834012000121 IE: 712.168.965.111
Telefone: 11992372775 E-mail: essencialox@essencialox.com.br

Fatura de Locação:
001850
Via Única:
Emissão:
30/08/2024

Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB

Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

Bairro: Williams

CEP: 17402\ -064

Cidade: Garça

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

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

IE/RG:

Vencimento: 14/09/2024

Dados do Documento

Código:	Descrição:	Quantidade:	Unitário:	Total:
1496	Locação cilindro de oxigenio cap. 1m³	3,00	30,00	90,00
1495	Locação cilindro de oxigenio cap. 10m³ medicinal	12,00	40,00	480,00
1484	Locação cilindro de ar comprimido cap. 10m³	6,00	40,00	240,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Valor Total da Fatura de Cobrança: 810,00

Dados do Documento

LOCAÇÃO REF AO MÊS DE AGOSTO 2024

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

Data do Recebimento:

Identificação e Assinatura do Recebedor:

Fatura de Locação:
001850

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

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

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.086179 3 98390000081000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004086-9	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004064	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 14/09/2024	Valor Documento 810,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 810,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,11 desde: 15.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					
Autenticação mecânica					

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.086179 3 98390000081000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento				Vencimento 14/09/2024	
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME				Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1	
Data do 03/09/2024	Nr. do documento 004064	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 13/09/2024	Nosso número 32905220000004086-9
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 810,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,11 desde: 15.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(-) Mora/Multa
					(-) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado 810,00
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02 Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 Garca - SP - 17402-064 Sacador/Avalista					
Autenticação mecânica - Ficha de Compensação					



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	10499.60170 40000.100046 00003.235207 6 98400000218000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Código do Banco:	104
Código do ISPB:	00360305
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	33.190.250/0001-90
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	15/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.180,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.180,00
Valor Pago (R\$):	2.180,00

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:01:23

Código da operação: 060196206

Chave de segurança: Q64XG8GRJ5FR1X15

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

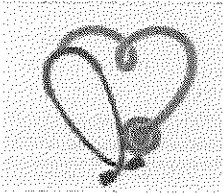
SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 003235 Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do receptor	

 Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA RUA ANTONIO DURÃO, 76, ANEXO B, ALVORADA 14.140-000 - Cravinhos - SP Fone (16) 2122-9999 - medicinalli.vendas@gmail.com	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-Entrada 1-Saída Nº 003235 SERIE: 1 Página: 1 de 1	Controle do Fisco  Chave de acesso 3524 0733 1902 5000 0190 5500 1000 0032 3513 2458 2197 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora
---	--	--

Natureza da operação Venda de mercadorias	Protocolo de autorização de uso 135241538130657 17/07/2024 16:00:21
Inscrição Estadual 279.051.035.110	Inscr.est. do subst.trib. CNPJ 33.190.250/0001-90

Destinatário/Remetente					
Nome / Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		Inscrição Estadual	
Endereço Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50		Bairro Williams		CEP 17.402-064	
Município Garça		Fone/Fax (16) 3374-8438		UF SP	
				Data emissão 17/07/2024	
				Data saída 17/07/2024	
				Hora saída 16:00:18	

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	16/08/2024	2.180,00	002	15/09/2024	2.180,00			

Base de cálculo do ICMS 0,00	Valor do ICMS 0,00	Base de cálculo do ICMS Subst. 0,00	Valor do ICMS Subst. 0,00	Valor do FCP ST 0,00	Valor total dos produtos 4.360,00
Valor do frete 0,00	Valor do seguro 0,00	Desconto 0,00	Outras despesas acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor total da nota 4.360,00

Transportador/Volumes transportados									
Nome		Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)		Código ANTT		Placa do veículo		UF	
Endereço		Município		UF		Inscrição Estadual		CNPJ/CPF	
Quantidade 2	Espécie CAIXAS	Marca	Numeração	Peso bruto 26,000	Peso líquido 26,000				

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CL-300	TROCADOR DE FRALDAS CL-300	94037000	0102	5.102	UN	2,00	2.180,00	4.360,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

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

Dados adicionais			
Observações MEDICINALLI, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. DEPÓSITO EM CONTA: BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL OP. 003, AG: 4787, C/C. 700-0. PIX: 33.190.250/0001-90. Total aproximado de tributos: R\$ 500,09 (11,47%) . Endereço de entrega: Rua Luiz Martins Cruz nº 63, Jardim Lago Azul. CEP 13.294-394, Cidade: Louveira - SP.		Reservado ao fisco CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA	

17/07/2024 16:01:03

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

104-0

10499601704000010004600000323568998100000218000

Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES		CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90	Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174
Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, n° 76, , ALVORADA, CRAVINHOS		UF SP	CEP 14140-000
Data do documento 17/07/2024	Nº documento 3235	Aceite NAO	Data do processamento 17/07/2024
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		Nosso Número 14000000000003235 - 8	
Endereço do Pagador R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, n° 50, , VILA WILLIAMS, GARCA		CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	
		UF SP	CEP 17402-064
Sacador / Avalista		CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00	

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
 JUROS : 1,45 REAIS AO DIA
 MULTA : 43,60 REAIS A PARTIR DE 17/08/2024

Carteira RG	Espécie DOC DM	Vencimento 16/08/2024	Valor do documento 2.180,00	Valor Cobrado
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br			Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador	

104-0

10499601704000010004600000323568998100000218000

Local De Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE					Vencimento 16/08/2024
Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES ANTONIO DURAO, n° 76, , ALVORADA, CRAVINHOS					Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174
Data do documento 17/07/2024	Nº documento 3235	Espécie Doc DM	Aceite NAO	Data do processamento 17/07/2024	Nosso Número 14000000000003235 - 8
Uso do Banco	Carteira RG	Moeda REAL	Qtde. moeda	Valor	(=) Valor do Documento 2.180,00
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 1,45 REAIS AO DIA MULTA : 43,60 REAIS A PARTIR DE 17/08/2024					(-) Desconto 0,00
					(-) Outras Deduções/Abatimento 0,00
					(+) Mora/Multa/Juros 0,00
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado 0,00
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL					CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Endereço: R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, n° 50, , VILA WILLIAMS, GARCA					UF: SP CEP: 17402-064
Sacador/Avalista:					CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



		COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA					
104-0		10499601704000010004600003235207698400000218000					
Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES			CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90		Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174		
Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS			UF SP		CEP 14140-000		
Data do documento 17/07/2024		Nº documento 32352		Aceite NAO		Data do processamento 17/07/2024	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL					Nosso Número 14000000000032352 - 2		
Endereço do Pagador R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, nº 50, , VILA WILLIAMS, GARCA			CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02				
Sacador / Avalista			UF SP		CEP 17402-064		
			CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00				
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 1,45 REAIS AO DIA MULTA : 43,60 REAIS A PARTIR DE 17/09/2024							
Carteira RG		Espécie DOC DM		Vencimento 15/09/2024		Valor do documento 2.180,00	
				Valor Cobrado			
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br				Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador			
		104-0		10499601704000010004600003235207698400000218000			
Local De Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE					Vencimento 15/09/2024		
Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS					33.190.250/0001-90 Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174		
Data do documento 17/07/2024		Nº documento 32352		Espécie Doc DM		Aceite NAO	
				Data do processamento 17/07/2024		Nosso Número 14000000000032352 - 2	
Uso do Banco		Carteira RG		Moeda REAL		Qtde. moeda	
				Valor		(-) Valor do Documento 2.180,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 1,45 REAIS AO DIA MULTA : 43,60 REAIS A PARTIR DE 17/09/2024					(-) Desconto 0,00		
					(-) Outras Deduções/Abatimento 0,00		
					(+) Mora/Multa/Juros 0,00		
					(+) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado 0,00		
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL					CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		
Endereço: R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, nº 50, , VILA WILLIAMS, GARCA					UF: SP CEP: 17402-064		
Sacador/Avalista:					CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00		
					Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação		



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00014.107197 32885.990005 4 98400000055000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA
Nome/Razão Social:	SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA
CPF/CNPJ:	26.384.215/0001-47
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	15/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	550,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	550,00
Valor Pago (R\$):	550,00

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:01:43

Código da operação: 060197452

Chave de segurança: YVGC6YA7GFCF1J8L

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.		NF-e Número: 265 Série: 1	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		
 SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-SHIELD CONTROLE DE PRAGAS Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP (16) 3415-4507 - (16) 99751-8702		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0-Entrada 1-Saída Número: 265 Série: 1 1/1	
CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524.0826.3842.1500.0147.5500.1000.0002.6519.1111.2650 Consulta de Autenticidade no Portal Nacional da NF-e (www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora			
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241818261968 - 20/08/2024 11:32:43	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 637.567.250.113	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA		C.N.P.J. 26.384.215/0001-47
DESTINATÁRIO / REMETENTE			
RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 20/08/2024
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO WILLIAMS	CEP 17.402-064	DATA DA SAÍDA/ENTRADA 20/08/2024
MUNICÍPIO GARÇA	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
HORA DA SAÍDA 11:32:22			
FATURA			
NÚMERO 1	VCTO. 15/11/2024	VALOR 550,00	
CÁLCULO DO IMPOSTO			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS 0,00
VALOR APROX. TRIBUTOS 95,90		VALOR DO PIS 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 220,00
VALOR DO IPI 0,00		VALOR DO COFINS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 220,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS			
RAZÃO SOCIAL/NOME		FRETE POR CONTA Sem Frete	CÓDIGO ANTT
ENDEREÇO		PLACA DO VEÍCULO	UF
QUANTIDADE 0	ESPECIE	MARCA	CNPJ/CPF
NUMERAÇÃO		MUNICÍPIO	UF
PESO BRUTO 0		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
PESO LÍQUIDO 0			
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO			
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN
8	BIGTRIN 200 CS	38089199	0102
1	ADVION BARATA GEL TB	38089199	0102
24	RODILON BLOCO EXTRUS. RB -Raticida 0,0025% Difethialona	38089996	0102
CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO
5102	LT	0,1000	450,0000
5102	UN	2,0000	62,5800
5102	KG	0,3000	166,1200
VALOR TOTAL		BC ICMS	V. ICMS
45,00		0,00	0,00
125,16		0,00	0,00
49,84		0,00	0,00
VALOR Aprox. dos Tributos		ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
14,44		0,00	0,00
62,58		0,00	0,00
18,88		0,00	0,00
CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 72104	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
		0,00	0,00
DADOS ADICIONAIS			
INFORMACOES COMPLEMENTARES descrição de serviço - Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira BOLETO COM VENCIMENTO EM 15/09/2024 REF 08/2024 - PARCELA 01/12 LEI COMPLEMENTAR No 116 - DE 31 DE JULHO DE 2003 - DOU DE 01/08/2003 Art. 3o O serviço considera-se prestado e o imposto devido no local do estabelecimento prestador. Total aproximado de tributos: R\$ 95,90 (43,59%) Fonte IBPT.		RESERVADO AO FISCO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA
Código de Verificação
15265365PY



Número da Nota:

4117

Data e Hora da Emissão:

20/08/2024 11:32:49

Número do RPS:

4102

Competência:

08/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Razão Social / Nome: SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA

CPF / CNPJ: 26.384.215/0001-47

Inscrição Municipal: 72104

Inscrição Estadual: 637.567.250.113

Endereço: Rua Marechal Deodoro, 2898

CEP: 13.560-201

Complemento:

Bairro: Centro

Município: SAO CARLOS

UF: SP

E-mail: financeiro@shieldcp.com.br

Telefone: (16) 3415-4507

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social / Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual: ISENT0

Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS, 50

CEP: 17.402-064

Complemento:

Bairro: WILLIAMS

Município: GARÇA

UF: SP

E-mail: controladoria@ahbb.org.br; mcarsten@ahbb.org.br

Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

CONTROLE DE PRAGAS: 1,00 x 330,00 = 330,00

descrição de serviço - Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

BOLETO COM VENCIMENTO EM 15/09/2024

REF 08/2024 - PARCELA 01/12

LEI COMPLEMENTAR Nº 116 - DE 31 DE JULHO DE 2003 - DOU DE 01/08/2003

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 330,00

Local da prestação: LOUVEIRA-SP

Local de Incidência:

Cod. CNAE: 812220 - Ativ. Serviço: 0713 - Imunização e controle de pragas urbanas

Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$)	Valor do COFINS Retido (R\$)	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Valor Deduções (R\$)	Valor Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Valor Líquido da Nota (R\$)
0,00		330,00	4,60	15,18	330,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR
Empresa optante do Simples Nacional

A autenticidade da NFS-e pode ser confirmada no site <https://www.saocarlos.sp.gov.br/>
RECEBEMOS DO(A) SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA os SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:

15265365PY

Número da Nota:

4117

Local

Data

Assinatura

terça-feira, 20 de agosto de 2024



Comprovante de Entrega

Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLO			Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9		Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora) () Mudou-se () Ausente () Não Existe Nº Indicado () Recusado () Não procurado () Falecido () Desconhecido () Endereço Insuficiente () Outros (Anotar no Verso)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Nosso Número 109/00000141-0			
Vencimento 15/09/2024	Nº do documento 334 - 1/1	Moeda R\$	Valor Documento 550,00			
Recebemos o Boleto	Data	Assinatura			Data	Entregador
Local de Pagamento					Data de Processamento 19/08/2024	

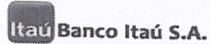


Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP				Vencimento 15/09/2024		(=) Valor do Documento 550,00	
(-) Desconto / Abatimento		(-) Outras Deduções		(+) Mora / Multa		(+) Outros Acréscimos	
Data do documento 19/08/2024		Nº do documento 334 - 1/1		Espécie documento DM		Aceite N	
Data do processamento 19/08/2024		Nosso Número 109/00000141-0		Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9			
Uso do Banco		Carteira 109		Moeda R\$		Quantidade	
Nome do Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL							
Endereço R DR ORLANDO T SANTOS, 50 -							
Município GARCA		UF SP		CEP 17.402-064			
Sacador / Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL							
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer duvida sobre este boleto contate o beneficiário QUALQUER DUVIDA SOBRE ESTE BOLETO CONTATE O BENEFICIARIO Número da NF-e: 4115 - 1/1 Cobrar Juros de 0,17% ao dia e Multa de 4,00% após o Vencimento Juros: 0,92 Multa: 22,00							

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

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador



341-7

34191.09008 00014.107197 32885.990005 4 98400000055000

Local de pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú				Vencimento 15/09/2024	
Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP				CPF/CNPJ 26.384.215/0001-47	
Data do documento 19/08/2024				Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9	
Nº do documento 334 - 1/1		Espécie de docto. DM		Nosso Número 109/00000141-0	
Uso do Banco		Carteira 109		Moeda R\$	
		Quantidade		Valor	
				(=) Valor do Documento 550,00	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer duvida sobre este boleto contate o beneficiário QUALQUER DUVIDA SOBRE ESTE BOLETO CONTATE O BENEFICIARIO Número da NF-e: 4115 - 1/1 Cobrar Juros de 0,17% ao dia e Multa de 4,00% após o Vencimento Juros: 0,92 Multa: 22,00					
(-) Desconto					
(-) Outras Deduções/Abatimentos					
(+) Mora/Multa/Juros					
(+) Outros Acréscimos					
(=) Valor Cobrado					

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

R DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS-17.402-064 GARCA-SP

Sacador/Avalista:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

UF: SP CEP: 17.402-064

CPF/CNPJ:



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.044178 6 98410000096000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	16/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	960,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	960,00
Valor Pago (R\$):	960,00

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:01:59

Código da operação: 060198801

Chave de segurança: 6LGFTXVGSP0SP6F0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br				DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.013.153 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 3524 0837 8340 1200 0121 5500 1000 0131 5310 0015 2750 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora							
NATUREZA DO OPERAÇÃO						DADOS DA NF-e							
VENDA						Protocolo: 135241862065150 Data: 26/08/2024 08:24							
INSCRIÇÃO ESTADUAL			INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.			CNPJ							
712168965111						37.834.012/0001-21							
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL						CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO					
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB						45.349.461/0001-02		26/08/2024					
ENDEREÇO				BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA SAÍDA / ENTRADA					
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				WILLIAMS		17.402-064		26/08/2024					
MUNICÍPIO			FONE		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA SAÍDA					
GARÇA			(16) 3374-8438		SP			08:23:13					
FATURA / DUPLICATA													
001 - 960,00 - 16/09/2024													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS					
								960,00					
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI					
								960,00					
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO					
						0							
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF					
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO					
								PESO LÍQUIDO					
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	R.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	60,00	16,00	960,00					
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES								RESERVADO AO FISCO					
LOTES 2F4N(2) 2HNA / 2NRG/ 2MVC/ 2EW4/; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 129,12 (13,45%) FEDERAL E R\$ 172,80 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1.;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADAÇÃO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NACIONAL).;								CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

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

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.044178 6 98410000096000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004044-3	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004022	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 16/09/2024	Valor Documento 960,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 960,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,50 desde: 17.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					
Autenticação mecânica					

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.044178 6 98410000096000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 16/09/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 02/09/2024	Nr. do documento 004022	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 13/09/2024	Nosso número 32905220000004044-3
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 960,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,50 desde: 17.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(-) Mora/Multa
					(-) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado 960,00
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02 Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 Garca - SP - 17402-064 Sacador/Avalista					
Autenticação mecânica - Ficha de Compensação					



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	75691.31910 01027.203502 00088.430012 6 98410000031440
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA ME
Nome/Razão Social:	C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA ME
CPF/CNPJ:	07.552.353/0001-43
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	16/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	314,40
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	314,40
Valor Pago (R\$):	314,40

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:02:17

Código da operação: 060199556

Chave de segurança: LM7J3UMVP2LH3QK5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 1494

SÉRIE: 1

Caj Materiais Eletricos

Rua São Carlos, 422

jardim lago azul 2 - CEP:13290000

LOUVEIRA / SP

Fone: -

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA

NOTA FISCAL

ELETRÔNICA

0 - Entrada

1 - Saída

Nº 1494

SÉRIE: 1

FOLHA: 1 de 2



CHAVE DE ACESSO

35240907552353000143550010000014941553822593

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241951382265

INSCRIÇÃO ESTADUAL

421081341111

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA

CNPJ

07552353000143

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ

ENDEREÇO

Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 -

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE/FAX

- 1938483554

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ

45349461000102

DATA DA EMISSÃO

03/09/24 00:00

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

03/09/2024

HORA DE SAÍDA

00:00:00

Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor
87948/1	16/09/2024	314,40															

CÁLCULO DO IMPOSTO											
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS ST 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 314,40			
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00	DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00		TOTAL DOS IMPOSTOS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 314,40	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

Volume

MARCA

Diversos

FRETE POR CONTA

9 - Sem frete

CÓDIGO ANTT

01

PLACA VEÍCULO

0,00

UF

SP

CNPJ/CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

PESO BRUTO

0,00

PESO LÍQUIDO

0,00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													ALÍQUOTAS	
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH.	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI		ICMS	IPI
3800	CABO FLEXIVEL DE 2.5MM PRETO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	10,000	2,3500	23,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
4181	CABO PARALELO 300V 2.5MM BRANCO COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	10,000	5,1000	51,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
9845	TOMADA 2PT 10A C/ PRENSA CABO TMD11-3 PT MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	1,0000	7,5000	7,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5780	PLUGUE MACHO 2PT 10A 250V BRANCO INJECT	85369090	0500	5405	UN	1,0000	4,0000	4,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
182	FITA ISOLANTE 3M IMPERIAL 20MTS 18MM	39191020	0500	5405	UN	1,0000	9,9000	9,90	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
2421	PARAFUSO JOMARFIX CHATA PHS 60 X 60	73181200	0102	5102	UN	10,000	0,4500	4,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5171	BUCHA COMUM C/ ANEL 10	39259090	0500	5405	UN	10,000	0,1000	1,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5572	PILHA BATERIA 12V V23GA RAYOVAC	85061032	0102	5102	UN	1,0000	8,5000	8,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5374	PLAFON EMB. 40X40 30W 6500K AVANT	85312000	0500	5405	UN	1,0000	125,0000	125,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
11111	CAMPINHA S/ FIO BIV PLUG ULTRA	85318000	0500	5405	UN	1,0000	39,5000	39,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
5572	PILHA BATERIA 12V V23GA RAYOVAC	85061032	0102	5102	UN	1,0000	8,5000	8,50	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
3261	BUCHA COMUM C/ ANEL 08	39269090	0500	5405	UN	20,000	0,1000	2,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
8382	PARAFUSO JOMARFIX CHATA PHS 5.0 X 50	73181200	0102	5102	UN	20,000	0,3000	6,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
10156	DESENGRIPANTE SPRAY W-MAX 300ML WURTH	38249941	0102	5102	UN	1,0000	15,9000	15,90	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
4897	TOMADA TELEFONE PINO AMERICANO	85366910	0500	5405	UN	1,0000	3,0000	3,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
2844	Niple Rr 3/4 Branco Krona	39174090	0500	5405	UN	2,0000	1,7000	3,40	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
2808	Bucha de Reducao Rr 3/4x1/2 Krona	39174090	0500	5405	UN	1,0000	1,2000	1,20	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Total aproximado dos Tributos 38.23 Federal, 51.61 Estadual, 0.00 Municipal, Fonte IBPT/empresometro.com.br 20.2.C	RESERVADO AO FISCO CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA
--	--

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848-4513

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

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN

EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id.
984)

End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50

Bairro: Williams

Município: Garça - SP

Fone: 1938483554 / 1938483532

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

Numero do pedido: 170921

Funcionario: Rosimere de Souza João

Terminal: 004

Data: 26/08/2024 às 11:04:53 - Pagina: 1

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

915-BUCHA COMUM C/ ANEL 08

20	0,10	2,00
----	------	------

604 I-PARAFUSO JOMARFIX CHATA PH5

60 X 50	20	0,30	6,00
---------	----	------	------

Soma do pedido 8,00

Convenio 2,50

Contra-vale pagamento 5,50

Valor Acumulado 615,10

Data de Vencimento da Venda: 27/09/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 40

SantSystem

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

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

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848-4513

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

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN

EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id.
984)

End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50

Bairro: Williams

Município: Garça - SP

Fone: 1938483554 / 1938483532

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

Numero do pedido: 170822

Funcionario: Rosimere de Souza João

Terminal: 004

Data: 26/08/2024 às 14:17:02 - Pagina: 1

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

10895-PARAFUSO JOMARFIX CHATA PH

S 60 X 60	10	0,45	4,50
-----------	----	------	------

2826-BUCHA COMUM C/ ANEL 10

	10	0,10	1,00
--	----	------	------

783094051416-PILHA BATERIA 12V V23GA RAYOVAC

	1	8,50	8,50
--	---	------	------

Soma do pedido 14,00

Convenio 14,00

Valor Acumulado 520,80

Data de Vencimento da Venda: 25/09/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 21

SantSystem

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

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

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS L
TDA
Rua São Carlos - 422
Bairro: Jd Lago Azul II
Município: Louveira - SP
Fone: (19) 3848-4513
E-Mail: cajmat@aiseletricos.vend
as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102
Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN
EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id:
984)
End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50
Bairro: Williams
Município: Garça - SP
Fone: 1938483554 / 1938483532
E-Mail: compras@louveira.ahbb.org.
br

Numero do pedido: 171946

Funcionario: Balcão

Terminal: 005

Data: 29/08/2024 às 10:08:07 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
DESENGRIPANTE SPRAY W-MAX 300ML			
WURTH	1	15,90	15,90
TOMADA TELEFONE 2 LINHO AMERICANO			
	1	3,00	3,00
Soma do pedido			18,90
Convênio			18,90
Valor Acumulado			634,00

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 2

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

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

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS L
TDA
Rua São Carlos - 422
Bairro: Jd Lago Azul II
Município: Louveira - SP
Fone: (19) 3848-4513
E-Mail: cajmat@aiseletricos.vend
as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102
Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN
EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id:
984)
End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50
Bairro: Williams
Município: Garça - SP
Fone: 1938483554 / 1938483532
E-Mail: compras@louveira.ahbb.org.
br

Numero do pedido: 171975

Funcionario: Rosiméri de Souza João

Terminal: 004

Data: 29/08/2024 às 15:03:40 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
497-NIPLE RR 3/4 BRANCO KRONA			
	2	1,70	3,40
461-BUCHA DE REDUCAO RR 3/4X1/2			
KRONA	1	1,20	1,20
Soma do pedido			4,60
Convênio			4,60
Valor Acumulado			638,60

Data de Vencimento da Venda: 28/09/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 3

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

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

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS L
TDA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848-4513

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

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN

EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id.
984)

End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50

Bairro: Williams

Município: Garça - SP

Fone: 1938483554 / 1938483532

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

Numero do pedido: 170881

Funcionario: Rosimeri de Souza João

Terminal: 004

Data: 27/08/2024 as 14:48:26 - Pagina: 1

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

3029-PLAFON EMB. 40X40 30W 6500K

AVANT	1	125,00	125,00
-------	---	--------	--------

7897119087212-CAMPINHA S/ FIO BIV PLUG ULTRA

	1	45,00	45,00
--	---	-------	-------

783094051416-PILHA BATERIA 12V V23GA RAYOVAC

	1	8,50	8,50
--	---	------	------

Soma do pedido

178,50

Convênio

91,80

Contra - vale pagamento

86,70

Valor Acumulado

612,60

Data de Vencimento da Venda: 26/09/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 3

SantSystem

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

WhatsApp: (11)4493-6100

- CUPOM EMITIDO EM MODO HOMOLOGAÇÃO -

- SEM VALOR FISCAL -



Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME SÃO CARLOS 422 - DE 163/164 AO FIM JARDIM LAGO AZUL II Louveira - SP	07.552.353/0001-43 13294-386	Vencimento 16/09/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento Data de Emissão 04/09/2024 Coop Contr/Cód. Beneficiário 3191/272035 Nosso Número 884-3	Valor do Documento 314,40 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções (=) Valor cobrado
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/09/2024 Juros 0,03%/dia A partir 17/09/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto.			

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			Número do Documento 1.494	
Endereço RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				
Bairro / Distrito WILLIAMS				
Município GARÇA			UF SP	CEP 17402-064
Mensagem Pagador				

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

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.31910 01027.203502 00088.430012 6 98410000031440

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB						Vencimento 16/09/2024
Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME 07.552.353/0001-43						Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3191/272035
Data do documento 04/09/2024	N. documento 1.494	Espécie DMI	Accite N	Data processamento 04/09/2024	Nosso número 884-3	
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 314,40	
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/09/2024 Juros 0,03%/dia A partir 17/09/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3191 SICOOB COOPLIVRE						(-) Desconto / Abatimento
						(-) Outras deduções
						(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 WILLIAMS GARÇA - SP 45.349.461/0001-02 17402-064						(+) Outros acréscimos (=) Valor cobrado
Beneficiário Final						



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000030 64000.070306 2 98410000006000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SIFRA S A
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA
CPF/CNPJ:	72.911.837/0002-84
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	16/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	60,00
Juros (R\$):	0,00

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	60,00
Valor Pago (R\$):	60,00

Data/hora da operação:	16/09/2024 12:02:41
------------------------	---------------------

Código da operação:	060200228
Chave de segurança:	8R3AMSY9K1R4244M

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

06/09/2024

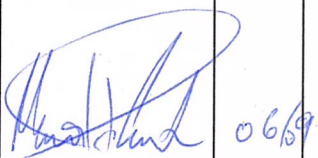
RECEBEMOS DE ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMISSÃO 06/09/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 60,00		NF-e Nº 000.007.045 SÉRIE 5
DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:	

 ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA ESTRADA ANHANGUERA, 72 - SANTO ANTONIO CEP 15.760-000 - LOUVEIRA - SP Fone (017) 2136-6400	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.007.045 SÉRIE 5 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 0972 9118 3700 0284 5500 5000 0070 4510 0135 7300 Consulta da autenticidade no portal nacional da NF-e. www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.
---	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA NFE			
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 421000607117	INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:	CNPJ: 72.911.837/0002-84	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241980353624 06/09/2024 14:56:24
DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO: 06/09/2024
ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		BAIRRO/DISTRITO: WILLIAMS	CEP: 17402064
MUNICÍPIO: GARÇA	FONE/FAX: 1938483554	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
			HORA DE SAÍDA:

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00	VALOR DO ICMS: 0,00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.: 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00
VALOR DO FRETE: 0,00	VALOR DO SEGURO: 0,00
DESCONTO: 0,00	OUT. DESP. ACESSÓRIAS: 0,00
VALOR DO IPI: 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA: 60,00

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
COD. PROD.	COD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	COD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS
3	810101001	ETANOL COMUM	11,64	22071090	060	5656	L	15,077	3,98	0,00	60,00	0,00	0,00
													

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PLACA: SYC1G14 MOTORISTA: MARCOS Tributos aproximados: R\$ 4.44 (7.40%) Federal, R\$ 7.20 (12.00%) Estadual, R\$ 0.00 (0.00%) Municipal - Fonte: IBPT - SP 244637	RESERVADO AO FISCO CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA
---	---

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Sex, 2024-09-06 14:57

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

Olá ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, segue um resumo da venda realizada no dia 06/09/2024 14:56.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: **MARCOS**

Cupom Fiscal: **7045**

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: **7045**

HM:

Placa: **SYC1G14**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	15,077 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 60,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 60,00

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 60,00



AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 06/09/2024

Nome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTO

Placa: SYC1G14 Km:

Veiculos.:

Motorista: MARCOS

Valor....: 60,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupon.:7045

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

09/09/2024 12:47

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 9388692
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 09/09/2024
Vencimento: 16/09/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	Vi. Item	Pr. Tab.	Vi. Tab.
	7045	06/09/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	15,08				ETANOL COMUM	3,980	60,000	3,980	60,000
Total de litros: 15,08												Valor Total:	60,00

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL										Valor total faturado: 60,00			
Produto					Quantidade	Valor			Valor Tabela				
ETANOL COMUM					15,08	60,00			60,00				

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada



237-2

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 16/09/2024	Nº do Documento 9388692
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02		Carteira / Nosso Número 009/96910000364-7	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 60,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.				Data de Processamento 09/09/2024
Recebi(emos) o bloquete	Data	Assinatura	Data	Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)

() Mudou-se

() Ausente

() Não existe n. indicado

() Desconhecido

() Falecido

() Endereço insuficiente

() Recusado

() Outros (anotar no verso)

() Não Procurado



237-2

23793.39100 99691.000030 64000.070306 2 98410000006000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000364-7
Número do documento 9388692		CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 16/09/2024		Valor documento R\$ 60,00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

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

Instruções

Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,12 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica



237-2

23793.39100 99691.000030 64000.070306 2 98410000006000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 16/09/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 09/09/2024		Nº documento 9388692	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 09/09/2024
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor
					(=) Valor documento R\$ 60,00

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

(-) Desconto / Abatimentos

(-) Outras deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

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

Pagador / Avalista

Código de Baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00459.984803 79871.790006 798420000037140
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE
Nome/Razão Social:	ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE
CPF/CNPJ:	24.579.469/0001-95
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	17/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	371,40
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	371,40
Valor Pago (R\$):	371,40

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:02:58

Código da operação: 060201043

Chave de segurança: U1RTJLEL5EA3XTZX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL IND	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.016.635
SÉRIE : 0

ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA	
RUA GALEAO, 2 GALPAOGALPAO JD SANTO ANTONIO /CALIFORNIA BARUERI/SP TEL/FAX: 1141990411 CEP: 06408050	
	

DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
0 - Entrada 1 - Saída	
Nº 000.016.635 SÉRIE :0 FOLHA:1 de 1	

	
CHAVE DE ACESSO 3524 0824 5794 6900 0195 5500 0000 0166 3512 8441 9770	
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros em op		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241816909521 - 2024-08-20T09:39:41-03:00	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 206699258110	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA	CNPJ 24.579.469/0001-95	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 20/08/2024	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16.400-400	
MUNICÍPIO Lins		FONE/FAX		UF SP	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 09:39:40			

FATURA/DUPPLICATA

Número	Data Vcto.	Valor
001	17/09/2024	371,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 371,40		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS 139,46	VALOR TOTAL DA NOTA 371,40

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - Rem.		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 60	ESPÉCIE	MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR TOTAL IMPOSTOS
												ICMS	IPI	
6319	SABONETE LIQ 800ML ERVA DOCE REFIL C/VALVULA LATEX	34013000	060	5405	UN	60,0000	6,190000	371,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	139,46

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Endereço de entrega: Rua Luiz Martins Cruz no 63 Jardim Lago Azul CEP 13.294-394 Louveira-SP CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Prod isentos pis-cofins: Lei nº 13.097-2015, Art 14, lei nº 9.718/98, Art 5º, lei nº 10.147-2000, Art 1º, inciso I, alínea "a" e Lei nº 12.039, 07-2013 Art 1º, XXI, XXV, XXII, XXVI, XXVIII, ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIB. ART 313 E-G-H-K-Q-S-U-W-Z DO RICMS Trib aprox RS: 72,61 Federal, 66,85 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT B35/E1 Observações destinadas ao Fisco:	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



Recibo do Pagador

Beneficiário ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA CNPJ: 24.579.469/0001-95 RUA GALEAO, 2 GALPAO A - VILA MORELLATO Barueri/SP - CEP: 06408-050			Agência/Código Beneficiário 4807/98717-9	Vencimento 17/09/2024
			Número do Documento 16635-1	Nosso Número DM/00004599-8
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			(=) Valor do Documento 371,40	(-) Desconto / Abatimento 0,00
Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(+) Outros Acréscimos 0,00	(=) Valor Cobrado 371,40

Demonstrativo:

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

Juros.....: 4,80% ao mês - (R\$ 0,59 ao dia)

Multa.....: 2,00% após 1 dia corrido do vencimento.

APÓS 5 DIAS DE VENCIMENTO SERÁ ENVIADO A CARTÓRIO.

Itaú Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 00459.984803 79871.790006 7 98420000037140

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no Itaú.					Vencimento 17/09/2024
Beneficiário ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA CNPJ: 24.579.469/0001-95					Agência/Código Beneficiário 4807/98717-9
Data Documento 20/08/2024 0	Número do Documento 16635-1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 20/08/2024 00	Nosso Número DM/00004599-8
Uso do Banco	Carteira DM	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 371,40
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Descontos: 0,00
					(+) Mora / Multa
					(+) Acréscimos: 0,00
					(=) VI Cobrado: 371,40
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03 JARDIM ARIANO Lins SP 16400-400					CNPJ: 45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista					Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01331.550135 65530.470007 2 98430000058590
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	18/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	585,90
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	585,90
Valor Pago (R\$):	585,90

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:04:16

Código da operação: 060201998

Chave de segurança: 4NMAN4KJ7XM7Q8TT

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

 Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 18/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 21/08/2024		Nº do Documento 000000104958A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 21/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013315-5
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 585,90
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,93 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 11,72 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104958A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013315-5	
Autenticação							

 Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 18/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 21/08/2024		Nº do Documento 000000104958A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 21/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013315-5
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 585,90
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,93 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 11,72 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104958A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013315-5	
Autenticação							

 Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01331.550135 65530.470007 2 98430000058590			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 18/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 21/08/2024		Nº do Documento 000000104958A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 21/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013315-5
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 585,90
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 1,93 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 11,72 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000104958A-NF							(-) Desconto/Abatimento
							(-) Outras Deduções
							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013315-5	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 31216.494521 24007.710007 9 98430000093000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	18/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	930,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	930,00
Valor Pago (R\$):	930,00

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:05:04

Código da operação: 060202533

Chave de segurança: 37M4SW29ZSAMKGCU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

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

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 18/09/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 187901/1	Nosso Número 109/00312164-9
Espécie R\$	Quantidade	Valor X	(=)Valor Documento R\$ 930,00	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93				
END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUI/SP				

Banco
Itaú Banco Itaú S/A 341-7**34191.09008 31216.494521 24007.710007 9 98430000093000**

Local de Pagamento Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencimento, somente no ITAU.						Vencimento 18/09/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 21/08/2024	Número do Documento 187901/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 21/08/2024	Nosso Número 109/00312164-9	
Uso do Banco	CIP	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor R\$ 930,00	
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,28 POR DIA DE ATRASO						(-)Descontos/Abatimentos
APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 18,60						(-)Outras Deduções
SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO						(+)Mora/Multa
						(+)Outros Acréscimos
						(=)Valor
Sacado ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02						
RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS						
WILLIAMS - GARCA						
17402-064 - SP						

Sacador/Avalista





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.045175 3 98430000096000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	18/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	960,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	960,00
Valor Pago (R\$):	960,00

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:05:21

Código da operação: 060203192

Chave de segurança: KUWUU5VZWKLGSQRK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br CEP 13.222-760				DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.013.205 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 3524 0837 8340 1200 0121 5500 1000 0132 0510 0015 3275 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora							
NATUREZA DO OPERAÇÃO						DADOS DA NF-e							
VENDA						Protocolo: 135241886864046 Data: 28/08/2024 07:07							
INSCRIÇÃO ESTADUAL			INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.			CNPJ							
712168965111						37.834.012/0001-21							
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO							
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB				45.349.461/0001-02		28/08/2024							
ENDEREÇO			BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA SAÍDA / ENTRADA						
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50			WILLIAMS		17.402-064		28/08/2024						
MUNICÍPIO		FONE		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA SAÍDA					
GARÇA		(16) 3374-8438		SP				07:06:07					
FATURA / DUPLICATA													
001 - 960,00 - 18/09/2024													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS					
								960,00					
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI					
								VALOR TOTAL DA NOTA					
								960,00					
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO					
OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP						2		054262577 FMM1B16					
ENDEREÇO				MUNICÍPIO		UF		CNPJ / CPF					
AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14				VARZEA PAULISTA		SP		04.229.338/0001-70					
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO					
								PESO LÍQUIDO					
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	R.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICITNAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	60,00	16,00	960,00					
DADOS ADICIONAIS								RESERVADO AO FISCO					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES								CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
LOTE 29GL (5) / LOTE 3BG3 (1); LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 129,12 (13,45%) FEDERAL E R\$ 172,80 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADAcao DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NACIONAL).;													

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

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

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.045175 3 98430000096000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004045-1	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004023	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 18/09/2024	Valor Documento 960,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 960,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,50 desde: 19.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					
Autenticação mecânica					

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.045175 3 98430000096000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 18/09/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 02/09/2024	Nr. do documento 004023	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 13/09/2024	Nosso número 32905220000004045-1
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 960,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,50 desde: 19.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(-) Mora/Multa
					(-) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado 960,00
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02 Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 Garca - SP - 17402-064 Sacador/Avalista					
Autenticação mecânica - Ficha de Compensação					



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03197.634003 00000.210179 1 98430002258504
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS EIRELI
Nome/Razão Social:	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS LTDA
CPF/CNPJ:	28.070.436/0001-76
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL AHBB
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	18/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	22.585,04
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	22.585,04
Valor Pago (R\$):	22.585,04

Data/hora da operação:	16/09/2024 12:05:38
------------------------	---------------------

Código da operação: 060204296**Chave de segurança:** K8NGW2XC83X0WFNA**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli (Integral Nuttri) os produtos e/ou servicos constantes na Nota Fiscal Eletronica indicada ao lado. Destinatario: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL- AHBB. Valor total: 22.585,04

NF-e
Nº 4551
Série 1
Emissao 06/09/2024

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

TIPO: 1-SAÍDA
Nº: 4551
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0928 0704 3600 0176 5500 1000 0045 5119 8923 6284

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

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135241978929078 06/09/2024 12:30:01

NATUREZA DE OPERACAO

Venda de producao do estabelecimento

INSCRICAO ESTADUAL

796602411117

INSCR. ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

28.070.436/0001-76

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZAO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL- AHBB

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSAO

06/09/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA DE SAÍDA

06/09/2024

MUNICÍPIO

Garca

FONE/FAX

14996349390

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

12:29:55

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	18/09/2024	22.585,04						

CÁLCULO DE IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	22.585,04
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				22.585,04

TRANSPORTADOR

NOME/RAZAO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF
	9-Sem frete			
CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF

VOLUMES TRANSPORTADOS

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2,612				0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
2827	Desjejum Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 18,39	21069090	000	5101	Un	155,0000	3,2500	503,75	0,00	0,00	0,00
2817	Desjejum Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 3,49	21069090	000	5101	Un	31,0000	3,0800	95,48	0,00	0,00	0,00
2842	Desjejum Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 3,22	21069090	000	5101	Un	31,0000	2,8500	88,35	0,00	0,00	0,00
2828	Colacao Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 11,32	21069090	000	5101	Un	155,0000	2,0000	310,00	0,00	0,00	0,00
2840	Colacao Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 2,14	21069090	000	5101	Un	31,0000	1,8900	58,59	0,00	0,00	0,00
2843	Colacao Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 3,98	21069090	000	5101	Un	62,0000	1,7600	109,12	0,00	0,00	0,00
2735	Almoco Paciente Valor dos Impostos: R\$ 101,27	21069090	000	5101	Un	155,0000	17,9000	2.774,50	0,00	0,00	0,00
2818	Almoco Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 18,67	21069090	000	5101	Un	31,0000	16,5000	511,50	0,00	0,00	0,00
2844	Almoco Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 34,60	21069090	000	5101	Un	62,0000	15,2900	947,98	0,00	0,00	0,00
11-S	Merenda Valor dos Impostos: R\$ 15,84	21069090	000	5101	Un	124,0000	3,5000	434,00	0,00	0,00	0,00
2819	Merenda Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 3,76	21069090	000	5101	Un	31,0000	3,3200	102,92	0,00	0,00	0,00
3923	Merenda liquida Valor dos Impostos: R\$ 3,47	21069090	000	5101	Un	31,0000	3,0700	95,17	0,00	0,00	0,00
2830	Jantar Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 101,27	21069090	000	5101	Un	155,0000	17,9000	2.774,50	0,00	0,00	0,00
2820	Jantar Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 18,67	21069090	000	5101	Un	31,0000	16,5000	511,50	0,00	0,00	0,00
2846	Jantar Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 34,60	21069090	000	5101	Un	62,0000	15,2900	947,98	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES ADICIONAIS

Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 824,34 - Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira - Faturamento referente ao periodo de 01/08/2024 ate 31/08/2024 Trib. aprox. R\$: 3.041,77 Federal, 4.065,34 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br 19CB11

RESERVADO AO FISCO



**Integral Nutri Alimentacao e
Servicos Eireli**

Rua Padre Joao Alvares, 217 - Vila Renata
Guarulhos - SP
CEP: 07.056-000 - Tel.: (11) 4307-9743

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

TIPO: 1-SAÍDA
Nº: 4551
SÉRIE: 1
FOLHA: 2/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0928 0704 3600 0176 5500 1000 0045 5119 8923 6284

**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

135241978929078 06/09/2024 12:30:01

NATUREZA DE OPERAÇÃO

Venda de producao do estabelecimento

INSCRIÇÃO ESTADUAL

796602411117

INSCR. ESTADUAL DO SUBST.

CNPJ

28.070.436/0001-76

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS
2854	Ceia Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 19,80	21069090	000	5101	Un	155,0000	3,5000	542,50	0,00	0,00	0,00
2821	Ceia Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 3,76	21069090	000	5101	Un	31,0000	3,3200	102,92	0,00	0,00	0,00
2847	Ceia Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 6,95	21069090	000	5101	Un	62,0000	3,0700	190,34	0,00	0,00	0,00
2769	Desjejum Acompanhante Valor dos Impostos: R\$ 19,80	21069090	000	5101	Un	155,0000	3,5000	542,50	0,00	0,00	0,00
2742	Almoco Funcionario Valor dos Impostos: R\$ 101,27	21069090	000	5101	Un	155,0000	17,9000	2.774,50	0,00	0,00	0,00
2824	Jantar Acompanhante Valor dos Impostos: R\$ 101,27	21069090	000	5101	Un	155,0000	17,9000	2.774,50	0,00	0,00	0,00
2832	Agua 1,5L Valor dos Impostos: R\$ 30,55	22011000	000	5101	Un	186,0000	4,5000	837,00	0,00	0,00	0,00
4071	Novasource GC Valor dos Impostos: R\$ 58,51	21069010	000	5101	Un	20,0000	80,1500	1.603,00	0,00	0,00	0,00
4062	Desjejum diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 8,21	21069090	000	5101	Un	62,0000	3,6300	225,06	0,00	0,00	0,00
4063	Colacao diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 2,53	21069090	000	5101	Un	31,0000	2,2400	69,44	0,00	0,00	0,00
4064	Almoco diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 44,08	21069010	000	5101	Un	62,0000	19,4800	1.207,76	0,00	0,00	0,00
4065	Merenda diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 4,42	21069010	000	5101	Un	31,0000	3,9100	121,21	0,00	0,00	0,00
4066	Jantar diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 44,08	21069010	000	5101	Un	62,0000	19,4800	1.207,76	0,00	0,00	0,00
4067	Ceia diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 4,42	21069090	000	5101	Un	31,0000	3,9100	121,21	0,00	0,00	0,00



Pague agora com o seu Pix

Para efetuar o pagamento via Pix, utilize a opção Pix de seu aplicativo e aponte a câmera do seu aparelho para o QR code ao lado.

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03197.634003 00000.210179 1 98430002258504			
Nome do Pagador / Endereço ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB RUA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 17402-064 GARCA SP		CNPJ 45.349.461/0001-02	Data de Vencimento 18/09/2024			
Nome do Beneficiário / Endereço INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS E R PADRE JOAO ALVARES 217 - VILA RENATA 07056-000 GUARULHOS SP		CNPJ 28.070.436/0001-76	Agência/Código do Beneficiário 4770-8/13742-1			
Uso do Banco		Nr. do documento 4551	Espécie Doc DM	Aceite N	Data Processamento 06/09/2024	
					Nosso Número 00031976340000000210	
					Valor do Documento 22.585,04	
					(=) Valor Pago	
Autenticação mecânica						

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03197.634003 00000.210179 1 98430002258504			
Local do Pagamento Pagar preferencialmente nos canais de autoatendimento do Banco do Brasil.		Data de Vencimento 18/09/2024				
Nome do Beneficiário INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS E		CNPJ 28.070.436/0001-76	Agência/Código do Beneficiário 4770-8/13742-1			
Data do Documento 06/09/2024	Nr. do documento 4551	Espécie Doc DM	Aceite N	Data Processamento 06/09/2024	Nosso Número 00031976340000000210	
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 22.585,04	
Informações de Responsabilidade do Beneficiário					(-) Desconto/Abatimento 0,00	
JUROS: Taxa Mensal : 2,00 % APOS 18/09/2024					(+) Juros/Multa 0,00	
MULTA DE 2,00% A PARTIR DE 19/09/2024					(=) Valor Cobrado 22.585,04	

Nome do Pagador / Endereço ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB RUA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 17402-064 GARCA SP		CNPJ 45.349.461/0001-02
Beneficiário Final		CPF / CNPJ



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	70790.00118 12191.354005 02535.875070 1 98440002040000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DAYCOVAL S.A.
Código do Banco:	707
Código do ISPB:	62232889
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A
Nome/Razão Social:	OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A
CPF/CNPJ:	57.417.537/0001-79
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A
CPF/CNPJ:	57.417.537/0001-79
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC H BENEF DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	19/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	20.400,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

17/09/2024, 12:30Ge:renc_iador....CA-IXA

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	20.400,00
Valor Pago (R\$):	20.400,00

Data/hora da operação:	16/09/2024 12:05:54
------------------------	---------------------

Código da operação:	060206267
Chave de segurança:	2QNWZV6RFMJSU72W

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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



RECIBO DE LOCAÇÃO

RECIBO DE LOCAÇÃO 35348

Pag.: 1 of 2

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

RAZAO SOCIAL / NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02			DATA DA EMISSÃO 04/09/2024		
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50,				BAIRRO WILLIAMS			CEP 17402-064		
MUNICIPIO GARÇA				FONE/FAX (16)3374-8438		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG ISENTO		
NUMERO 0035348/01	VENCTO 19/09/2024	VALOR 20.400,00	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR DE TRANSPORTE MARCA DRAGER - MOD OXYLOG 3000 PLUS	1.950,00	1.950,00
--	0	C-14355 PAT.:RESPT29PR PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14355 PAT.:SEPT400PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX - MOD ANALOGICA HORIZONTAL 21L- 220V	1.000,00	1.000,00
--	0	C-14357 PAT.:AUT06PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX - MOD ANALOGICA HORIZONTAL 21L- 220V	1.000,00	1.000,00
--	0	C-14357 PAT.:AUT07PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE DEA MARCA INSTRAMED - MOD ISIS PRO	500,00	500,00
--	0	C-14357 PAT.:DEA004PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE DEA MARCA INSTRAMED - MOD ISIS PRO	500,00	500,00
--	0	C-14357 PAT.:DEA008PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE DEA MARCA INSTRAMED - MOD ISIS PRO	500,00	500,00
--	0	C-14357 PAT.:DEA011PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3	550,00	550,00
--	0	C-14357 PAT.:ECG187PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3	550,00	550,00
--	0	C-14357 PAT.:ECG208PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3	550,00	550,00
--	0	C-14357 PAT.:ECG209PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000S	450,00	450,00
--	0	C-14360 PAT.:CDE17PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T	450,00	450,00
--	0	C-14360 PAT.:CDE35PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T	450,00	450,00
--	0	C-14360 PAT.:CDE36PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100	1.400,00	1.400,00
--	0	C-14360 PAT.:DM301PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100	1.400,00	1.400,00
--	0	C-14360 PAT.:DM305PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100	1.400,00	1.400,00
--	0	C-14360 PAT.:DM354PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5	2.400,00	2.400,00
--	0	C-14360 PAT.:RESP845PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5	2.400,00	2.400,00

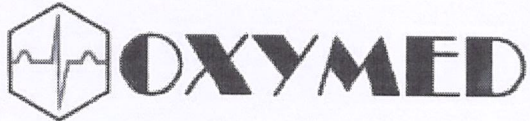
CONTRATO DE GESTAO 001/2024 - ORGAO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R\$ 3.763,81 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 19/09/2024 - VALOR R\$: 20.400,00

VALOR TOTAL: 20.400,00**Nº
35348**

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

Data

Carimbo/Assinatura



RECIBO DE LOCAÇÃO

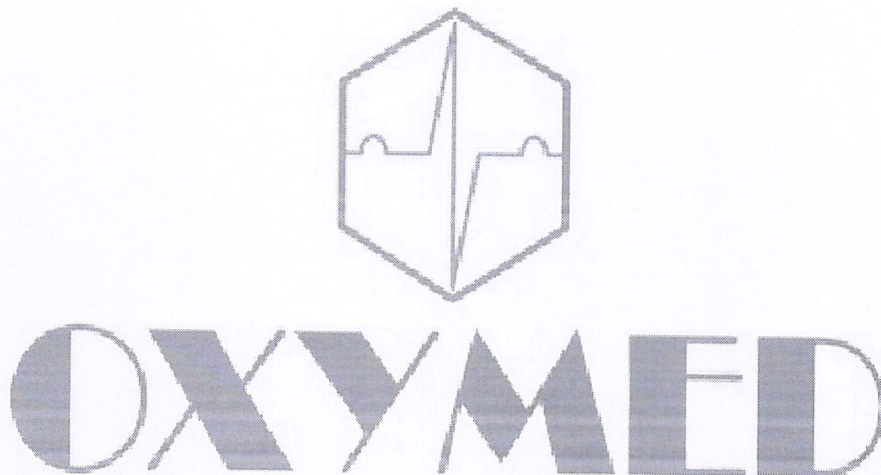
RECIBO DE LOCAÇÃO 35348

Pag.: 2 of 2

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

RAZAO SOCIAL / NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02			DATA DA EMISSÃO 04/09/2024	
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50,				BAIRRO WILLIAMS			CEP 17402-064	
MUNICIPIO GARÇA				FONE/FAX (16)3374-8438		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG ISENTO	
NUMERO 0035348/01	VENCTO 19/09/2024	VALOR 20.400,00	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
--	0	C-14360 PAT.:RESP846PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA CAREFUSION - MOD. IX5	2.400,00	2.400,00
--	0	C-14360 PAT.:RESP847PE PERIODO DE 01/08/2024 a 31/08/2024	0,00	0,00



CONTRATO DE GESTAO 001/2024 - ORGAO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R\$ 3.763,81 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 19/09/2024 - VALOR R\$: 20.400,00

VALOR TOTAL: 20.400,00**Nº
35348**

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

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador

BancoDaycoval | 707-2 | 70790.00118 12191.354005 02535.875070 1 98440002040000

Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A		Agência/Código Beneficiário 0001/009616977	Espécie REAIS	Quantidade	Nosso número 0001/112/0025358750-7
Número do documento 0035348/01		CPF/CNPJ 57.417.537/0001-79	Vencimento 19/09/2024	Valor documento R\$ 20.400,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Instruções Mora de 81,60 ao dia, a partir de 20/09/2024					
Pagador ASSOC H BENEF DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS - GARCA/SP - CEP: 17402-064			CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02		
Sacador/Avalista			CNPJ/CPF:		

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

BancoDaycoval | 707-2 | 70790.00118 12191.354005 02535.875070 1 98440002040000

Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A					Vencimento 19/09/2024	
Endereço do Beneficiário RUA GUSTAVO DA SILVEIRA 1357 VILA SANTA CATARINA - SAO PAULO/SP 04376-006					Agência/Código Beneficiário 0001/009616977	
Data do documento 04/09/2024	Nº documento 0035348/01	Espécie doc. OU	Aceite N	Data processamento 05/09/2024	Nosso número 0001/112/0025358750-7	
Uso do banco 1913540	CIP 112	Carteira REAIS	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento R\$ 20.400,00	
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) Mora de 81,60 ao dia, a partir de 20/09/2024					(-) Desconto / Abatimentos	
					(-) Outras deduções	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor cobrado	
Pagador ASSOC H BENEF DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS - GARCA/SP - CEP: 17402-064			CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02			
Sacador/Avalista			CNPJ/CPF:			

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01334.600135 65530.470007 4 98440000011960
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	19/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	16/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	119,60
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	119,60
Valor Pago (R\$):	119,60

Data/hora da operação: 16/09/2024 12:06:12

Código da operação: 060207307

Chave de segurança: X01SK9L34242NZCE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

COMERCIAL RUZALEM LTDA  AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 105.004 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0805 6268 9600 0132 5500 1000 1050 0412 1575 4896 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241841303469 22/08/2024 17:08:08	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ 05.626.896/0001-32	

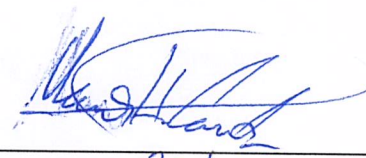
DESTINATÁRIO / REMETENTE					
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1) 00007381		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 22/08/2024	
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064	
MUNICÍPIO GARÇA		UF SP		TELEFONE / FAX (19)3848-3554	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 17:08:05	

LOCAL ENTREGA	
CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP

DUPLICATAS	
Número 001	
Vencimento 19/09/2024	
Valor R\$ 119,60	

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 119,60	VALOR DO ICMS 21,53	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 119,60
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				119,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS							
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. %	
00522	SACO CRISTAL 35X45X020 TRANSPARENTE 03695	39232190	000	5102	KG	4,00	29,90	119,60	119,60	21,53	0,00	18,00	0,00
 22/08 CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 008 - EDUARDO Cond.Pag: 01028 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000010971-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 11,96 Federal / R\$ 21,53 Estadual - Fonte: IBPT	RESERVADO AO FISCO

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 19/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 22/08/2024		Nº do Documento 000000105004A		Espécie Doc. DM		Aceite Não	
Data do Processamento 22/08/2024		Esp. Moeda R\$		Quantidade		Valor da Moeda	
Uso do Banco		Carteira 109		Esp. Moeda R\$		Quantidade	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)						(-) Desconto/Abatimento	
Após o vencimento cobrar R\$ 0,39 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,39						(-) Outras Deduções	
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105004A-NF						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013346-0	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01334.600135 65530.470007 4 98440000011960			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 19/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 22/08/2024		Nº do Documento 000000105004A		Espécie Doc. DM		Aceite Não	
Data do Processamento 22/08/2024		Esp. Moeda R\$		Quantidade		Valor da Moeda	
Uso do Banco		Carteira 109		Esp. Moeda R\$		Quantidade	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)						(-) Desconto/Abatimento	
Após o vencimento cobrar R\$ 0,39 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 2,39						(-) Outras Deduções	
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105004A-NF						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013346-0	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/09/2024 às 12:17:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/4562/00000093465-5

CPF/CNPJ: 093.450.677-95

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Física

Nome: MARCELLA DE AZEVEDO LUZ

Valor: R\$ 5.998,67

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/09/2024

Código da Operação: 00117251

Data da Operação: 16/09/2024

Chave de Segurança: UE4YUXVYVPA562NN

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS
05 Município GARÇA	06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 168.58530.30-5	11 Nome MARCELLA DE AZEVEDO LUZ			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ESTRADA MUNICIPAL LUCIA ANGELON LANFRANC, 300 - CASA 182				13 Bairro BELA VISTA
14 Município ITATIBA	15 UF SP	16 CEP 13.254-261	17 CTPS (nº, série, UF) 98412000000 - 139 R / RJ	18 CPF 093.450.677-95
19 Data de Nascimento 08/01/1982	20 Nome da Mãe ANA MARIA DE AZEVEDO LUZ			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant. 4.765,85	24 Data de Admissão 19/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 04/09/2024	27 Cod. Afastamento PD0
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 4/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 518,27	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 37,65	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas %	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras 11,20 horas a 100%	R\$ 518,86	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\$ 3.887,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 1/12 avos	R\$ 391,19	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 2/12 avos	R\$ 738,64	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 246,21
69 - Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 63,61				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 6.401,43

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\$ 85,37	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 29,33
114.1 IRRF	R\$ 288,06	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 402,76
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 5.998,67

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8711	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ	093.450.677-95	000744761996-6	5.998,67
	Empregados: 1		Total da Empresa:	5.998,67
	Estagiários: 0			

GARCA, 16/09/2024

Responsável:

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/09/2024 às 12:17:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/1229/00013003657-9

CPF/CNPJ: 31.275.474/0001-70

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE

Valor: R\$ 333.871,37

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 16/09/2024

Código da Operação: 00129233

Data da Operação: 16/09/2024

Chave de Segurança: X4PZMAU9Y90KT39H

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço:
<<http://www.barueri.sp.gov.br/nfe>>

Data Emissão
13/09/2024

Hora Emissão
14:14

Código Autenticidade

194T.3836.2842.1147299-T

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA

Número da Nota Série da Nota

000503

Número RPS Série RPS Data RPS

Prestador de Serviços

LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE

AVENIDA SAGITARIO , 138 - CONJUNTO COMERCIAL 1313B -TORR
SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE
CEP 06473-073 - BARUERI - SP

CNPJ/CPF **31.275.474/0001-70**

Telefone

Inscrição Municipal

4.94147-8

e-mail

Nome Tomador de Serviços

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ

45.349.461/0001-02

Endereço

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

Complemento

CEP

17402-064

Bairro

WILLIAMS

Cidade

GARCA

UF
SP

E-mail

CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Qtde

1

Descrição do Serviço

MEDICINA

Código Serviço

040117212

Alíquota

2,00

Valor Unitário

355.750,00

Valor Total

355.750,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES

Serviços prestados conforme contrato de gestão nº 001/2024, firmado entre o tomador e o município de Louveira/SP nas especialidades: Clínica Médica e EM/Pediatria e EM/RT e Coordenações.

Plantões: CM 75 plantões R\$ 123.750,00/CM-EM - 30 plantões R\$ 51.000,00/PED - 60 plantões R\$ 108.000,00/PED-EM-

30 plantões R\$ 55.500,00/(RT) R\$ 8.500,00/CM R\$ 4.500,00/PED R\$ 4.500,00

Valor total dos serviços referente ao período de 01/09 a 15/09: R\$ 355.750,00.

Local: LOUVEIRA/SP

CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9. VALOR LIQUIDO: R\$ 333.871,37.

Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.

VALORES DE REPASSE A TERCEIROS

R\$ 0,00

Observações

ISSQN devido a: BARUERI-SP

IRRF

5.336,25

PIS/PASEP

2.312,38

COFINS

10.672,50

CSLL

3.557,50

VALOR TOTAL DA NOTA

355.750,00

Fatura Nº

Valor da Fatura R\$

Forma Pagamento

Valor por Extenso

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço:

<http://www.barueri.sp.gov.br/nfe>

Código Autenticidade

194T.3836.2842.1147299-T

RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota
000503

Série da Nota

Local

Data

Assinatura

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 31.275.474/0001-70
Razão Social: LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA
Endereço: AV SAGITARIO 138 CJ COM 1316B SET A / SITIO TAMBORE ALPHA / BARUERI / SP / 06473-073

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

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

Validade: 01/09/2024 a 30/09/2024

Certificação Número: 2024090102505048518330

Informação obtida em 13/09/2024 14:39:06

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



21/08/2024

0078829422

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
CERTIDÃO ESTADUAL DE DISTRIBUIÇÕES CÍVEIS

CERTIDÃO Nº: 4056046**FOLHA: 1/1**

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada pela internet no site do Tribunal de Justiça.

A Diretoria de Serviço Técnico de Informações Cíveis do(a) Comarca de São Paulo - Capital, no uso de suas atribuições legais,

CERTIFICA E DÁ FÉ que, pesquisando os registros de distribuições de **PEDIDOS DE FALÊNCIA, CONCORDATAS, RECUPERAÇÕES JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS**, anteriores a 20/08/2024, verificou **NADA CONSTAR** como réu/requerido/interessado em nome de: *****

LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE LTDA, CNPJ: 31.275.474/0001-70, conforme indicação constante do pedido de certidão. *****

Esta certidão não aponta ordinariamente os processos em que a pessoa cujo nome foi pesquisado figura como autor (a). São apontados os feitos com situação em tramitação já cadastrados no sistema informatizado referentes a todas as Comarcas/Foros Regionais e Distritais do Estado de São Paulo.

A data de informatização de cada Comarca/Foro pode ser verificada no Comunicado SPI nº 22/2019.

Esta certidão considera os feitos distribuídos na 1ª Instância, mesmo que estejam em Grau de Recurso.

Não existe conexão com qualquer outra base de dados de instituição pública ou com a Receita Federal que verifique a identidade do NOME/RAZÃO SOCIAL com o CPF/CNPJ. A conferência dos dados pessoais fornecidos pelo pesquisado é de responsabilidade exclusiva do destinatário da certidão.

A certidão em nome de pessoa jurídica considera os processos referentes à matriz e às filiais e poderá apontar feitos de homônimos não qualificados com tipos empresariais diferentes do nome indicado na certidão (EIRELI, S/C, S/S, EPP, ME, MEI, LTDA).

Esta certidão só tem validade mediante assinatura digital.

Esta certidão é sem custas.

São Paulo, 21 de agosto de 2024.

PEDIDO Nº: 0078829422





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

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

Nome: LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA
CNPJ: 31.275.474/0001-70

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

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

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

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

Emitida às 10:46:55 do dia 21/08/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 17/02/2025.

Código de controle da certidão: **74D1.254C.662E.0020**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



Prefeitura Municipal de Barueri
Estado de São Paulo

SECRETARIA DE FINANÇAS
Departamento Técnico de Tributos Mobiliários
CERTIDÃO NEGATIVA

Nº 55771/2024i

Razão Social.....: LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE
CNPJ/CPF N°.....: 31.275.474/0001-70
Inscrição Atual.....: 4.94147-8
Logradouro.....: AVENIDA SAGITARIO
Nº Atual.....: 138
Complemento.....: CONJUNTO COMERCIAL 1313B -TORR Andar Sala
Bairro.....: SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE
Cidade.....: BARUERI
CEP.....: 06473073

TRIBUTOS E PERÍODOS

Imposto sobre serviços de qualquer natureza e taxas mobiliárias

CERTIFICAMOS, de ordem da Secretaria de Finanças, a pedido da parte interessada e à vista das informações, que em nome do contribuinte acima identificado, **NÃO EXISTE DÉBITO EM ABERTO** nesta Prefeitura, débito inscrito ou não em dívida ativa, com relação ao(s) tributo(s) acima indicado(s), até a presente data .

CERTIFICAMOS, outrossim, que fica ressalvado o direito da Fazenda Pública do Município na cobrança de débitos que venham a ser apurados ou que se verifiquem a qualquer tempo, inclusive em relação aos tributos e períodos indicados nesta certidão.

CERTIDÃO VÁLIDA POR TRINTA DIAS.

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br Certidão expedida gratuitamente. Aprovado pelo Decreto nº 5635, de 25/01/2005	Informações para Verificação de Autenticidade Nº de Inscrição : 4.94147-8 Código de autenticidade : 294W.2654.1782.1812507-H Data de emissão : 21/08/2024 Hora de emissão : 11:01:02
---	--



Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

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

CNPJ: 31.275.474/0001-70

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

Certidão nº 24080779346-79

Data e hora da emissão 21/08/2024 10:55:55

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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

17/09/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024091614067afdb995da3
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 16/09/2024 às 12:06:27
Valor Original: R\$ 336,59 **Valor Atualizado:** R\$ 336,59

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CNPJ: 45349461000102
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CNPJ: 00360305000104
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Chave Pix: c75e4ec6-9881-4240-a2f3-3672b7fe56c1

Código da operação: 35736606972
Chave de segurança: QR7Q6CXPVV2GYZTN

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

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124091328304825-2

Tag
13/09/2024 17:17

Pagar este documento até
17/09/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

336,59

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
09/2024	1	0,00	80,85	238,21	17,53	336,59
Total Geral:		0,00	80,85	238,21	17,53	336,59

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 13/09/2024 às 17:17:35 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10275.250149 21443.850009 7 98470002456880
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BENEFICIOS UPS LTDA
Nome/Razão Social:	BENEFICIOS UPS LTDA
CPF/CNPJ:	17.359.884/0001-78
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	22/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	20/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	24.568,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	24.568,80
Valor Pago (R\$):	24.568,80

Data/hora da operação: 20/09/2024 15:32:02

Código da operação: 064202997

Chave de segurança: WL8306PPJLVJTHJ2

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Finanças
A FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
RPS Nº 2210926 Série 1, emitido em 03/09/2024

NÚMERO NOTA
15493

DATA E HORA DA EMISSÃO
03/09/2024 14:33:49

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
J57R9FQK

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CPF / CNPJ	17.359.884/0001-78	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	68898843
NOME / RAZÃO	BENEFICIOS UPS LTDA -EPP		
ENDEREÇO	Rua Pedro Toledo, 15		
MUNICÍPIO	São Paulo	TELEFONE	47669180
COMPLEMENTO	Complemento conjunto 15		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF / CNPJ	45.349.461/0001-02	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
NOME / RAZÃO	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	E-MAIL	ger.rh@ahbb.org.br
ENDEREÇO	Rua Doutor Orlando Thiago Santos - Williams - CEP: 17402064, 50		
MUNICÍPIO	Garça	TELEFONE	30111234
COMPLEMENTO			

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)	LOCAL DA INCIDÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S)
São Paulo	São Paulo

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NOTA REFERENTE AO SERVIÇO NO FORNECIMENTO DE VALE ALIMENTAÇÃO - LOUVEIRA
TOTAL BENEFÍCIOS: 24.567,80
TOTAL DO PEDIDO Nº 50120 : 24568,80

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$1,00

03205 - Fornecimento e Administração de vales-refeicao, vales-alimentacao, vales-transporte e similares

PIS	COFINS	IMPOSTO DE RENDA	INSS	CSLL
R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00
VALOR DEDUÇÃO	DESCONTO INCONDICIONADO		DESCONTO CONDICIONADO	OUTRAS RENTENÇÕES
R\$0,00	R\$0,00		R\$0,00	R\$0,00
TOTAL LÍQUIDO DA NOTA	BASE DE CÁLCULO ISS	ALÍQUOTA ISS (%)	VALOR DO ISS	VALOR DO ISS RETIDO
R\$0,00	100,00	0,00%	R\$0,00	R\$0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Data e Hora da Impressão: 03/09/2024 14:33:49

Up Beneficios

Recebi(emos) de BENEFICIOS UPS LTDA -EPP
os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica de Serviço (NFSe) ao lado.
/ /
DATA

NÚMERO NOTA	15493
-------------	-------

Identificação e Assinatura do Recebedor



Fatura

Data de Emissão: 13/09/2024
Nro.: 9368
Departamento: LOUVEIRA -
45.349.461/0001-02

Prestador

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

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

Tomador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO: Rua Doutor Orlando Thiago Santos 50
BAIRRO: Williams

CNPJ: 45.349.461/0001-02
CEP: 17402-064
MUNICIPIO: Garça

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE ALIMENTAÇÃO DO PEDIDO Nº 50120.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Alimentação -

Período de 01/08/2024 até 31/08/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 24.567,80
REPASSE:	R\$ 0,00
OUTRAS TAXAS:	R\$ 0,00
DESCONTO GESTÃO UP:	R\$ 0,00
TAXA GESTÃO UP:	R\$ 0,00
TAXA DE EMISSÃO DO CARTAO:	R\$ 0,00
TAXA DE ENTREGA:	R\$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras:	R\$ 0,00
TOTAL DA FATURA:	R\$ 24.567,80

Observações:

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Instruções de Impressão
Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Recibo do Pagador

 **Banco Itaú S.A.** **341-7** **34191.09008 10275.250149 21443.850009 7 98470002456880**

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário		Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5		R\$		109/00102752-5
Número do documento		CPF/CNPJ	Vencimento		Valor documento	
000102752		17359884000178	22/09/2024		R\$ 24.568,80	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado	
Pagador						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Rua Doutor Orlando Thiago Santos						
Williams - 3516705/SP - CEP: 17402-064						

Instruções Autenticação mecânica

Não Receber após o vencimento

Boleto referente ao Pedido 50120 de 01/08/2024 a 31/08/2024. Departamento: LOUVEIRA - 45.349.461/0001-02

Corte na linha pontilhada

 **Banco Itaú S.A.** **341-7** **34191.09008 10275.250149 21443.850009 7 98470002456880**

Local de pagamento					Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					22/09/2024
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Accepte	Data processamento	Carteira / Nosso número
03/09/2024	000102752		N	03/09/2024	109/00102752-5
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento
	109	R\$			R\$ 24.568,80
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado

Pagador

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

Rua Doutor Orlando Thiago Santos

Williams - 3516705/SP - CEP: 17402-064

Sacador / Avalista

Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



Período de 01/08/2024 até 31/08/2024

Empresa: AHBB - VA
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Pedido Nro.: 50120

Matrícula:
CPF:017.039.464-64
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: ADNA RENATA DE FREITAS SABINO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:282.565.688-79
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:488.512.448-47
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: ALINE MOREIRA LINO BATISTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:378.318.698-67
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: AMANDA LEITE MACHADO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:042.771.081-21
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: ANA CLEIA ALVES DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:108.180.838-16
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: ANA MARIA COELHO ROMAO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula: _____ **Nome:** ANA PAULA ALVES DA SILVA

CPF: 034.403.481-05		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	
CPF: 401.205.148-26		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: ANGELA MARIA CANDIDO	
CPF: 328.960.728-37		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	
CPF: 136.810.494-08		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: BIANCA DE FREITAS	
CPF: 083.965.884-22		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: BIANCA SOUZA MESSIAS	
CPF: 029.380.545-80		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: BRUNA MENDES DOS SANTOS	
CPF: 468.611.218-43		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:		Nome: CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV	
CPF: 302.234.038-90		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: CONCEICAO DA SILVA MARTINS

CPF:322.529.828-02 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: DANIELE BARROS DIAS

CPF:064.466.175-50 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: DEBORA DE OLIVEIRA SOARES

CPF:407.511.418-01 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: DEISE FERREIRA DA SILVA

CPF:299.848.658-43 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: DEISIANE MACIAL TELES

CPF:396.271.268-29 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: DELFRAN JOSE DE SANTANA

CPF:059.816.155-40 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA

CPF:060.833.945-89 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:310.307.658-47
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: EDILENA DIOGO RIBEIRO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:004.814.519-00
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: EDINEIA DIOGO CAINELI
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:369.270.938-26
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: EDUARDO HUMBERTO CAMARGO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:089.820.446-12
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: EMILLY FERREIRA JORGE
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:269.625.168-19
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:450.623.728-52
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: FABIULA DE JESUS SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:372.418.278-30
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:418.188.038-95

Nome: FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

13/09/2024, 14:55

upbeneficios.com.br/Fundacao/FrmImprimirPedido.aspx?IdPedido=50120

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Departamento: LOUVEIRA

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:334.416.328-00

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:477.005.118-29

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GABRIELA FALAVINHA M LIMA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:274.310.598-41

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:480.148.818-85

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GEOVANA ROSA DOS SANTOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:333.645.528-60

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:873.215.054-72

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

CPF:358.386.428-07

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

Benefício

VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

QTD

1

Valor Unitário

282,40

Total

282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:325.873.718-56
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: IDIRLEI FERNANDO DE MELO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:112.404.416-73
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JANAINA FERNANDES LISBOA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:460.263.238-64
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:319.980.348-28
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:372.515.838-01
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:405.633.238-09
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JESSICA MAYARA KAIP
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:115.469.734-78
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JOSILEIA DE FREITAS SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:289.244.948-05
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: JOYCE ROBERTA LEAO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:123.478.557-94
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:433.397.998-65
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: LEIDIANE LOPES BARROSO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:246.164.138-27
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:378.216.928-08
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: LEILIANE VIEIRA SOARES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:292.367.948-23
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:763.993.708-68
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:087.568.594-30
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

13/09/2024, 14:55

upbeneficios.com.br/Fundacao/FrmImprimirPedido.aspx?IdPedido=50120

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:093.450.677-95 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARCELLA DE AZEVEDO LUZ Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:062.747.614-70 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:427.314.372-00 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA APARECIDA JOSE CRUZ Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:149.956.938-66 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:161.778.528-82 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:923.280.244-91 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA QUINO DA SILVA Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula: CPF:120.530.094-54 Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:480.129.568-10
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MARIANA DE LURDES ALBINO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:042.633.864-26
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MARILANDY LIMEIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:498.294.578-00
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MARINA APARECIDA BATISTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:080.087.414-57
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MARLANDIA DE MATOS GOMES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:165.293.668-81
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MARLENE LOPES COSTA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:393.265.078-66
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MIDIAN XAVIER MAGALHAES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:485.678.708-01
Escala: GERAL  22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
	1	282,40	282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA

13/09/2024, 14:55

upbeneficios.com.br/Fundacao/FrmImprimirPedido.aspx?IdPedido=50120

CPF:105.585.596-38

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: PAULA SILVA TORRES

CPF:453.887.278-40

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: RAFAELA PORTO DA COSTA

CPF:410.495.968-54

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: RAMON BARBOSA NASCIMENTO

CPF:422.842.158-07

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: RICARDO DA SILVEIRA ROSA

CPF:138.946.198-05

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: RITA CAETANO DA S SANTOS

CPF:954.308.654-00

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS

CPF:298.391.468-23

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:

Nome: RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO

CPF:043.299.555-20

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)

Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
-----------	-----	----------------	-------

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:302.940.908-27
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: ROSANA APARECIDA DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:151.836.698-80
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:331.054.368-47
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: RUTIERI ROCHA DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:494.104.228-09
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:489.622.968-10
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SARAH VITORIA MATOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:073.861.373-89
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SHEILA SOARES ANDRADE
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:215.877.698-67
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício

Nome: SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	282,40	282,40

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
CPF:318.647.778-69
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: SILVANIA DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:287.939.998-01
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: SILVIA DE SOUZA YANSEN
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:816.263.985-34
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:163.475.008-09
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:040.292.485-19
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: TAMIRES NOGUEIRA MARQUES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:272.936.988-01
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: VANDERLI SOARES DA CRUZ
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Matrícula:
CPF:105.578.726-77
Escala: GERAL 22 Dia(s) Trabalhado(s)
Benefício
VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40

Nome: VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

QTD	Valor Unitário	Total
1	282,40	282,40

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Total Benefícios:
Taxa Administrativa:

R\$ 24.568,80

R\$ 0,00

Taxa Adm. Cartão:	R\$ 0,00
Taxa Emissão Cartão:	R\$ 0,00
Outras Taxas:	R\$ 0,00
Taxa de Entrega:	R\$ 0,00
Repasse:	R\$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras:	R\$ 0,00
Total Geral:	R\$ 24.568,80

Total de Funcionários: 87

Emissão: 13/09/2024 14:54

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/09/2024 às 09:58:09

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico: TED

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 26.825,43

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/09/2024

Data da Operação: 20/09/2024

Código da Operação: 00137625

Chave de Segurança: 5S48QNCTKX60FQNC

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

EXTRATO MENSAL

INSS		FGTS, PIS e ISS	
Salário contribuição empregados:	352.785,52	Base do FGTS:	335.744,23
Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor do FGTS:	26.859,12
Excedente:	6.968,35	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Base total:	359.753,87	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Segurados:	33.065,57	Base FGTS Rescisório:	25.511,34
Empresa:	0,00	Valor FGTS Rescisório:	2.095,25
RAT:	0,00	Base FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Contribuintes:	0,00	Valor FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Terceiros:	0,00	Base PIS:	0,00
Total INSS:	33.065,57	Valor PIS:	0,00
Base INSS Receita Bruta:	0,00	Base ISS:	0,00
(-) Salário Família:	62,04	Valor ISS:	0,00
(-) Salário Maternidade:	0,00		
Valores pagos a Cooperativas:	0,00		

IRRF conforme competência do cálculo		IRRF conforme competência do pagamento	
Base IRRF Mensal:	292.991,01	Base IRRF Mensal:	287.660,47
Valor IRRF Mensal:	14.318,25	Valor IRRF Mensal:	12.126,00
Base IRRF Férias:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Valor IRRF Férias:	0,00	Valor IRRF Férias:	0,00
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	0,00	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Valor IRRF 13º Salário:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Valor Total do IRRF:	14.318,25	Valor Total do IRRF:	12.126,00
IRRF Aluguéis:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00

Situações			
No. Empregados:	124	Demitido:	18
No. Estagiários:	0	Transferido:	0
Trabalhando:	106	Férias:	0
Afastado direitos integrais:	0	Mandato sindical:	0
Afastado acidente de trabalho:	0	Aposentadoria:	0
Afastado serviço militar:	0	Partic. curso/programa de qualificação:	0
Salário maternidade:	0	Ausência justificada:	0
Salário maternidade INSS:	0	Outros afastamentos:	0
Doença:	0	Admissões:	17
Doença Profissional:	0	No. Contribuintes:	0
Licença sem vencimento:	0		

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124091928814866-1

Tag
45349461 08/2024 MENSAL

Pagar este documento até
20/09/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

253.123,70

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
08/2024	911	253.123,70	0,00	0,00	0,00	253.123,70
Total Geral:		253.123,70	0,00	0,00	0,00	253.123,70

Data de geração da Guia: 19/09/2024 às 18:53:51 - Página 1/1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/43d2a7d67e99412db6f632dd797a838a5204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304453B

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/43d2a7d67e99412db6f632dd797a838a

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/09/2024 às 09:58:09

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL

Valor: R\$ 33.042,56

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/09/2024

Código da Operação: 00137749

Data da Operação: 20/09/2024

Chave de Segurança: CCS3TVKS85JGFJ1T

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
Folha Mensal							
EMPREGADOS							
8660	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO	2.032,40	0,00	0,00	0,00	7,96	161,73
8631	ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES	3.662,72	0,00	0,00	0,00	9,24	338,34
8612	ALINE MOREIRA LINO BATISTA	2.091,68	0,00	0,00	0,00	7,99	167,07
8632	AMANDA LEITE MACHADO	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8633	ANA CLEIA ALVES DA SILVA	3.750,06	0,00	0,00	0,00	9,30	348,82
8817	ANA GLORIA LOPES DA SILVA	500,57	0,00	0,00	0,00	7,50	37,54
8651	ANA MARIA COELHO ROMAO	3.587,61	0,00	0,00	0,00	9,18	329,33
8634	ANA PAULA ALVES DA SILVA	3.433,68	0,00	0,00	0,00	9,05	310,86
8674	ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI	3.003,40	0,00	0,00	0,00	11,47	426,78
8781	ANDREA DOS SANTOS	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8807	ANDREIA APARECIDA GARCIA	1.146,50	0,00	0,00	0,00	7,50	85,98
8616	ANGELA MARIA CANDIDO	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8652	ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA	3.623,16	0,00	0,00	0,00	9,21	333,59
8809	BEATRIZ EMANUELE DA SILVA	269,16	0,00	0,00	0,00	7,50	20,18
8683	BIANCA DE FREITAS	2.764,44	0,00	0,00	0,00	8,34	230,55
8710	BIANCA SOUZA MESSIAS	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8605	BRUNA FERREIRA GINEFRA	2.320,79	0,00	0,00	0,00	7,90	181,72
8585	BRUNA MENDES DOS SANTOS	1.867,40	0,00	0,00	0,00	7,87	146,88
8597	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV	5.048,78	0,00	0,00	0,00	10,41	525,64
8593	CONCEICAO DA SILVA MARTINS	4.169,40	0,00	0,00	0,00	9,65	402,53
8635	CRISTIANE REGINA DA SILVA	2.178,02	0,00	0,00	0,00	7,88	170,60
8768	DANIELA DA SILVA BARBOSA	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8617	DANIELE BARROS DIAS	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8606	DEBORA DE OLIVEIRA SOARES	6.126,52	0,00	0,00	0,00	11,04	676,52
8686	DEISE FERREIRA DA SILVA	5.491,95	0,00	0,00	0,00	10,22	542,62
8586	DEISIANE MACIAL TELES	2.488,79	0,00	0,00	0,00	8,15	202,81
8618	DELFRAN JOSE DE SANTANA	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8813	DENICLEIA DE OLIVEIRA SILVA	800,91	0,00	0,00	0,00	7,50	60,06
8636	DIENE AGUEDA DA N NOGUEIRA	2.037,41	0,00	0,00	0,00	7,60	154,38
8637	EDILENA DIOGO RIBEIRO	3.749,96	0,00	0,00	0,00	9,30	348,81
8607	EDINEIA DIOGO CAINELI	96,66	4.873,08	0,00	0,00	7,18	13,53
8687	EDUARDO HUMBERTO CAMARGO	3.789,74	0,00	0,00	0,00	9,33	353,58
8619	EMILLY FERREIRA JORGE	3.697,40	0,00	0,00	0,00	9,26	342,50
8702	EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA	5.750,40	0,00	0,00	0,00	10,85	623,87
8653	FABIANA DA SILVA	2.221,40	0,00	0,00	0,00	7,91	174,50
8620	FABIULA DE JESUS SILVA	3.003,40	0,00	0,00	0,00	11,07	404,15
8666	FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS	2.471,44	0,00	0,00	0,00	8,14	201,24
8613	FRANCIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO	2.321,10	0,00	0,00	0,00	8,09	187,71
8638	FRANCIVALDA DE SOUSA SILVEIRA	3.747,08	0,00	0,00	0,00	9,30	348,46
8639	GABRIELA FALAVINHA M LIMA	3.687,93	0,00	0,00	0,00	9,26	341,37
8621	GABRIELE MARQUES SANTOS	1.668,06	0,00	0,00	0,00	7,51	125,19
8802	GARDENIA ALVES DA ROSA TAVARES	1.501,70	0,00	0,00	0,00	7,59	113,97
8598	GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA	4.169,40	0,00	0,00	0,00	9,65	402,53
8695	GEOVANA ROSA DOS SANTOS	5.138,32	0,00	0,00	0,00	10,47	538,18
8594	GEOVANE OLIVEIRA DA SILVA	2.495,37	0,00	0,00	0,00	7,97	196,71
8675	GEOVANIA DOS SANTOS ROCHA	1.019,00	0,00	0,00	0,00	7,50	76,42
8815	GEOVANNI DE PAULA	720,10	0,00	0,00	0,00	7,50	54,00
8640	GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA	3.765,40	0,00	0,00	0,00	9,31	350,66
8681	GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO	1.650,00	0,00	0,00	62,04	7,72	127,32
8782	GRACIELE PEREIRA SANTOS ALVES	2.154,30	0,00	0,00	0,00	8,02	172,70
8641	GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8719	GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS	4.169,40	0,00	0,00	0,00	9,65	402,53
8688	IDIRLEI FERNANDO DE MELO	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8680	JAKSON DA SILVA LOVATO	687,50	0,00	0,00	0,00	7,50	51,55
8622	JANAINA FERNANDES LISBOA	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8587	JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO	1.650,00	0,00	0,00	0,00	7,72	127,32
8691	JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA	3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8608	JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES	5.190,70	0,00	0,00	0,00	10,51	545,51
8599	JESSICA MAYARA KAIP	5.140,92	0,00	0,00	0,00	10,48	538,54
8821	JESSICA SOUZA PEREIRA	135,50	0,00	0,00	0,00	7,50	10,16
8600	JOSILEIA DE FREITAS SILVA	4.169,40	0,00	0,00	0,00	9,65	402,53
8692	JOYCE ROBERTA LEO	2.734,41	0,00	0,00	0,00	8,30	226,94
8623	KAIQUE STINGLIN MOURISQUI OLIVEIRA	1.660,80	0,00	0,00	0,00	7,50	124,55
8601	KARLA CRISTINE SANTOS GOMES BASTOS	4.292,80	0,00	0,00	0,00	9,78	419,80
8799	KATIANE RODRIGUES DE MELO BUENO DA SILVA	1.023,32	0,00	0,00	0,00	7,50	76,74
8624	KEITH FERREIRA DOS SANTOS	1.325,19	0,00	0,00	0,00	7,50	99,38
8642	LAIS DOS SANTOS CHAVES	2.252,19	0,00	0,00	0,00	7,92	177,28

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado		Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS								
8801	LEIDAYANE CARVALHO SILVA		1.501,70	0,00	0,00	0,00	9,49	175,87
8614	LEIDIANE LOPES BARROSO		2.164,70	0,00	0,00	0,00	8,02	173,64
8677	LEIDIMAR FERNANDES DE SOUZA		2.827,94	0,00	0,00	0,00	8,42	238,17
8661	LEILIANE VIEIRA SOARES		2.188,48	0,00	0,00	0,00	8,03	175,78
8811	LIDIANY ROBERTA FELIZARDO DA SILVA		800,91	0,00	0,00	0,00	10,81	112,12
8625	LUCIANA APARECIDA MACANHAO		933,39	0,00	0,00	0,00	7,50	69,99
8662	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO		2.963,17	1.206,23	0,00	0,00	10,11	414,84
8663	LUIZ CARLOS DA SILVA		2.530,59	0,00	0,00	0,00	8,16	206,57
8609	MAISE JEYCE LIMEIRA RODRIGUES		5.167,29	0,00	0,00	0,00	10,49	542,23
8711	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ		4.765,85	0,00	0,00	0,00	10,20	486,03
8644	MARCIA CRISTINA SIQUEIRA OLIVEIRA		3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8805	MARCOS ANTONIO GOMES DA SILVA		841,86	0,00	0,00	0,00	7,50	63,13
8766	MARIA APARECIDA CAMURCI PERCEGUINI		4.937,71	0,00	0,00	0,00	10,33	510,09
8589	MARIA APARECIDA JOSE CRUZ		2.430,65	0,00	0,00	0,00	8,13	197,57
8658	MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO		3.581,64	0,00	0,00	0,00	9,17	328,61
8579	MARIA EDUARDA PINTO DA COSTA		388,71	0,00	0,00	0,00	7,50	29,15
8615	MARIA FELICIANO DE ANDRADE SILVA		2.350,45	0,00	0,00	0,00	8,10	190,36
8626	MARIA QUINO DA SILVA		3.271,61	0,00	0,00	0,00	8,91	291,41
8645	MARIA REGINA ARAUJO DOS SANTOS		3.676,40	0,00	0,00	0,00	9,25	339,98
8580	MARIANA DE LURDES ALBINO		2.100,00	0,00	0,00	0,00	7,99	167,82
8610	MARILANDY LIMEIRA		6.097,74	0,00	0,00	0,00	11,03	672,49
8796	MARILENE ROCHA DE SOUZA		1.802,04	0,00	0,00	0,00	10,85	251,13
8678	MARINA APARECIDA BATISTA		1.932,40	0,00	0,00	0,00	7,90	152,73
8627	MARLANDIA DE MATOS GOMES		3.428,70	0,00	0,00	0,00	9,05	310,26
8654	MARLENE LOPES COSTA		3.573,03	0,00	0,00	0,00	9,17	327,58
8602	MIDIAN XAVIER MAGALHAES		5.098,17	0,00	0,00	0,00	10,45	532,55
8659	MIKAELLY APARECIDA SILVA ROLIM		2.918,75	0,00	0,00	0,00	8,53	249,06
8716	MONALIZA CALISTO LIMA		3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8789	NALANDA LEITE MALDONADO CONDORI		1.703,04	0,00	0,00	0,00	7,76	132,09
8628	NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA		3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8611	NICOLE DA CRUZ LOPES		2.413,52	0,00	0,00	0,00	7,94	189,85
8803	NITHIA ROBERTA MONTEIRO		1.643,85	0,00	0,00	0,00	7,71	126,76
8590	PAULA SILVA TORRES		2.946,45	0,00	0,00	0,00	8,57	252,39
8581	RAFAELA PORTO DA COSTA		2.100,00	0,00	0,00	0,00	7,99	167,82
8665	RAMON BARBOSA NASCIMENTO		3.622,25	0,00	0,00	0,00	11,59	504,73
8582	RICARDO DA SILVEIRA ROSA		2.100,00	0,00	0,00	0,00	7,99	167,82
8629	RITA CAETANO DA S SANTOS		2.468,99	0,00	0,00	0,00	8,14	201,02
8655	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS		2.457,51	0,00	0,00	0,00	8,14	199,99
8648	RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO		3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8708	ROSANA APARECIDA DA SILVA		2.821,65	889,04	0,00	0,00	10,48	395,03
8679	ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO		7.282,40	0,00	0,00	0,00	11,51	838,35
8689	RUTIERI ROCHA DA SILVA		3.003,40	0,00	0,00	0,00	8,63	259,22
8797	SANDRA REGINA DE SOUZA SILVA		1.617,14	0,00	0,00	0,00	7,69	124,36
8707	SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO		1.867,40	0,00	0,00	0,00	7,87	146,88
8583	SARAH VITORIA MATOS		2.300,00	0,00	0,00	0,00	8,08	185,82
8656	SHEILA SOARES ANDRADE		3.638,50	0,00	0,00	0,00	9,22	335,43
8703	SHIRLEY DOS SANTOS MELO		1.703,15	0,00	0,00	0,00	7,50	127,72
8603	SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO		4.169,40	0,00	0,00	0,00	9,65	402,53
8657	SILVANIA DA SILVA		3.622,25	0,00	0,00	0,00	9,21	333,48
8591	SILVIA DE SOUZA YANSEN		1.650,00	0,00	0,00	0,00	7,72	127,32
8630	SIRLEIDE BISPO DOS SANTOS		1.101,25	0,00	0,00	0,00	7,50	82,59
8584	SUZANA GONCALVES FERREIRA MOURA		3.932,40	0,00	0,00	0,00	9,43	370,70
8649	SUZIELE DA SILVA ROCHA		2.244,30	0,00	0,00	0,00	7,92	176,50
8650	TAMIRES NOGUEIRA MARQUES		2.078,80	0,00	0,00	0,00	7,61	157,51
8816	TATIANE DOS REIS		400,45	0,00	0,00	0,00	7,50	30,03
8604	VANDERLI SOARES DA CRUZ		7.671,65	0,00	0,00	0,00	11,64	892,84
8596	VANESSA DE OLIVEIRA TEIXEIRA		4.817,92	0,00	0,00	0,00	10,24	493,32
	Empregados:	124	Total:	352.348,19	6.968,35	0,00	62,04	33.074,32
	Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total:	124	Total:	352.348,19	6.968,35	0,00	62,04	33.074,32

EMPREGADOS							
8796	MARILENE ROCHA DE SOUZA	216,25	0,00	0,00	0,00	10,96	30,28

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado		Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
	Empregados:	1	Total:	216,25	0,00	0,00	0,00	30,28
	Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total:	1	Total:	216,25	0,00	0,00	0,00	30,28

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	352.564,44	6.968,35	33.104,60	0,00	0,00	0,00	62,04	0,00	33.042,56

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 24/09/2024 às 09:58:09

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Tipo Pessoa: Jurídica

Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL

Valor: R\$ 12.126,00

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Histórico: TED

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/09/2024

Código da Operação: 00137814

Data da Operação: 20/09/2024

Chave de Segurança: XVP0NQFMCXP8575S

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

EXTRATO MENSAL

INSS		FGTS, PIS e ISS	
Salário contribuição empregados:	352.785,52	Base do FGTS:	335.744,23
Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor do FGTS:	26.859,12
Excedente:	6.968,35	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Base total:	359.753,87	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Segurados:	33.065,57	Base FGTS Rescisório:	25.511,34
Empresa:	0,00	Valor FGTS Rescisório:	2.095,25
RAT:	0,00	Base FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Contribuintes:	0,00	Valor FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Terceiros:	0,00	Base PIS:	0,00
Total INSS:	33.065,57	Valor PIS:	0,00
Base INSS Receita Bruta:	0,00	Base ISS:	0,00
(-) Salário Família:	62,04	Valor ISS:	0,00
(-) Salário Maternidade:	0,00		
Valores pagos a Cooperativas:	0,00		

IRRF conforme competência do cálculo		IRRF conforme competência do pagamento	
Base IRRF Mensal:	292.991,01	Base IRRF Mensal:	287.660,47
Valor IRRF Mensal:	14.318,25	Valor IRRF Mensal:	12.126,00
Base IRRF Férias:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Valor IRRF Férias:	0,00	Valor IRRF Férias:	0,00
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	0,00	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Valor IRRF 13º Salário:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Valor Total do IRRF:	14.318,25	Valor Total do IRRF:	12.126,00
IRRF Aluguéis:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00

Situações			
No. Empregados:	124	Demitido:	18
No. Estagiários:	0	Transferido:	0
Trabalhando:	106	Férias:	0
Afastado direitos integrais:	0	Mandato sindical:	0
Afastado acidente de trabalho:	0	Aposentadoria:	0
Afastado serviço militar:	0	Partic. curso/programa de qualificação:	0
Salário maternidade:	0	Ausência justificada:	0
Salário maternidade INSS:	0	Outros afastamentos:	0
Doença:	0	Admissões:	17
Doença Profissional:	0	No. Contribuintes:	0
Licença sem vencimento:	0		

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DATA	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/09/2024	ago/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 478 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 16.656,30
20/09/2024	ago/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 479 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 2.566,80
20/09/2024	jul/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 000489 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 16.542,38
20/09/2024	jul/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	MEDICINA DO TRABALHO	NFS-E 4371 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R\$ 139,50
					R\$ 35.904,98

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DATA	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/09/2024	ago/24	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 478 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 5.373,00
20/09/2024	ago/24	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 479 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 828,00
20/09/2024	jul/24	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 000489 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 5.336,25
20/09/2024	jul/24	IRRF NOTA	MEDICINA DO TRABALHO	IRRF NFS-E 4371 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R\$ 45,00
					R\$ 11.582,25

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.126173 7 98490000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS LTDA
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	24/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	1,25
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	481,25
Valor Pago (R\$):	481,25

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:03:17

Código da operação: 069125597

Chave de segurança: 46PEK04SA1KLTE20

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

[illegible]

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

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

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.126173 7 98490000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004126-1	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004104	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 24/09/2024	Valor Documento 480,00	
(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado 480,00	
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02					
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 25.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					
Autenticação mecânica					

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.126173 7 98490000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 24/09/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 06/09/2024	Nr. do documento 004104	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 16/09/2024	Nosso número 32905220000004126-1
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 25.09.2024 NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO. //// ATENCAO //// --> SEGUNDA-VIA PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(-) Desconto/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(-) Mora/Multa
					(-) Outros Acrescimos
					(=) Valor Cobrado 480,00
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02 Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 Garca - SP - 17402-064					
Sacador/Avalista					



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01352.340135 65530.470007 2 98500000069780
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	25/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	697,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	697,80
Valor Pago (R\$):	697,80

Data/hora da operação:	25/09/2024 14:03:34
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	069125719
Chave de segurança:	6P6SC9LT7A8830L5

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

RECEBEMOS DE COMERCIAL RUZALEM LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.										NF-e									
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR								Nº. 105.231									
		ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - 45.349.461/0001-02								SÉRIE 1									
Ass:																			
COMERCIAL RUZALEM LTDA AV. INDEPENDÊNCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP TELEFONE: (19) 3826-3707 CEP: 13.289-152					DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 105.231 SÉRIE 1 FL 1/1					 CHAVE DE ACESSO 3524 0805 6268 9600 0132 5500 1000 1052 3110 9476 1402 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AUTORIZADORA									
NATUREZA DA OPERAÇÃO										PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO									
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE										13524189256364528/08/2024 14:34:28									
INSCRIÇÃO ESTADUAL					INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO					CNPJ									
714090927111										05.626.896/0001-32									
DESTINATÁRIO / REMETENTE																			
NOME / RAZÃO SOCIAL										CNPJ/CPF			DATA DA EMISSÃO						
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1)										45.349.461/0001-02			28/08/2024						
ENDEREÇO										BAIRRO / DISTRITO			DATA DA ENTRADA / SAÍDA						
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50										WILLIAMS			28/08/2024						
MUNICÍPIO					FONE/FAX			UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL			HORA DA SAÍDA						
GARÇA					19 38483554			SP					14:34:24						
FATURA / DUPLICATA																			
Número		Dt. Vencimento		Valor		Número		Dt. Vencimento		Valor		Número		Dt. Vencimento					
001		25/09/2024		697,80															
CÁLCULO DO IMPOSTO																			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS											
0,00		0,00		0,00		0,00		697,80											
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		697,80									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																			
NOME / RAZÃO SOCIAL					FRETE POR CONTA			COD. ANT		PLACA VEICULO		UF		CNPJ / CPF					
					0 - Emitente														
ENDEREÇO					MUNICÍPIO			UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL									
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO									
62								0,000		0,000									
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO																			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR	ALIQ ICMS	ALIQ IPI						
01098	PAPEL T INT 2 DB 100% CEL MARCHPEL 20X20CM (CX5)	48182000	060	5405	PC	60,000	10,3000	618,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						
00015	SACO P BRANCO INFECTANTE 100 LT C/100 EMBALAC	39232190	060	5405	FD	2,000	39,9000	79,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA																			
CÁLCULO DO ISSQN																			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL					VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS					BASE DE CÁLCULO DO ISSQN					VALOR DO ISSQN				
					0,00					0,00					0,00				
DADOS ADICIONAIS																			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES										RESERVADO AO FISCO									
Vendedor: 002 - LAINE Cond.Pag: 01028 - BOLETO PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011187-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 120,52 Federal / R\$ 88,52 Estadual - Fonte: IBPT																			

Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 25/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 28/08/2024		Nº do Documento 000000105231A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 28/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013523-4
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 697,80
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2,30 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 13,96 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105231A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013523-4	
Autenticação							

Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 25/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 28/08/2024		Nº do Documento 000000105231A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 28/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013523-4
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 697,80
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2,30 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 13,96 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105231A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013523-4	
Autenticação							

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01352.340135 65530.470007 2 98500000069780			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 25/09/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152						Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7	
Data do Documento 28/08/2024		Nº do Documento 000000105231A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 28/08/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013523-4
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 697,80
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2,30 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 13,96 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105231A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00013523-4	
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação							





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10286.560676 60085.430001 6 98530000124484
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	28/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.244,84
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.244,84
Valor Pago (R\$):	1.244,84

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:03:56

Código da operação: 069125863

Chave de segurança: T9NK03036WG9NH20

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

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

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº: 000566120
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

**CHAVE DE ACESSO:**

3124 0900 8749 2900 0140 5500 1000 5661 2015 2675 4434

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO**VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131246158639157 02/09/24 18:04:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.
813015791118

CNPJ
00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

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

DATA EMISSÃO
02/09/2024

ENDEREÇO
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA ENTR/SAÍDA
03/09/2024

MUNICÍPIO

FONE / FAX

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

GARCA

1133748438

SP

18:04:27

FATURA / DUPLICATA

001 28/09/2024 1.244,84

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
923,08		68,26	0,00	0,00	1.244,84
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX. TRIBUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.244,84

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J / C.P.F.
BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI		0 - Emitente			SP	23246316000163
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV 10, 1126		RIO CLARO			SP	587220280115
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
19	VOLUME(S)		599667	98,920 Kg	98,920 Kg	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC.ICMS ST VL.ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS ICMS% IPI
01822700 3808.99.19	ALCOOL ETILICO 70% 1000ML - 117623/1/FAB.25/08/24/VAL.26/08/27	14	6108 000	14 FD	26,19714285	0,00%	366,76	366,76	0,00	44,01	0,00		12,00 0,00
01232000 9018.39.26	CATETER 24 C/DISP SEG - INT / - 112595D01/FAB.01/12/23/VAL.30/11/28 C/ 100 UN	100	6108 240	1 CV	181,05000000	0,00%	181,05	181,05	0,00	0,00	0,00		4,00 0,00
01254000 4015.19.00	LUBA G LATEX PROC C/100 NM - MB-SRI22/24/FAB.01/05/24/VAL.30/05/29 C/ 100 UN	3	6108 200	30 CV	17,71000000	0,00%	531,30	531,30	0,00	21,25	0,00		4,00 0,00
01108000 9018.39.29	NASOGASTRICA 06 (LONGA) / - FY2305026/FAB.15/06/23/VAL.14/06/28	20	6108 240	20 UN	0,78100000	0,00%	15,62	15,62	0,00	0,00	0,00		4,00 0,00
01253200 9018.39.99	NASOGASTRICA 20 (LONGA) - 63208/FAB.01/12/23/VAL.30/12/25 C/ 5 UN	20	6108 000	4 PC	6,25500000	0,00%	25,02	25,02	0,00	3,00	0,00		12,00 0,00
00130700 9018.39.21	SONDA ALIM ENTERAL C/GUIA N 12 120CM/ - 8668/FAB.20/06/24/VAL.20/06/27	15	6108 040	15 UN	8,02666666	0,00%	120,40	120,40	0,00	0,00	0,00		12,00 0,00
01829700 9018.39.26	URETRAL 10 - (CATETER) - 09240617101/FAB.01/06/24/VAL.30/06/28	10	6108 040	10 UN	0,46900000	0,00%	4,69	4,69	0,00	0,00	0,00		12,00 0,00

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

BOLETO
ID 360272762.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato:
Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br # EndereAo de entrega Rui
Luiz Martins Cruz n 63 Jardim Lago Azul CEP 13.294-394 Cidade Louveira-SP Acrescentar na
Nota Fiscal Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
Produtos isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/
Produtos isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS
Pedido: 599667
Volume M3: 0,215194
Rota: 10
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS
Valor ICMS UF Destino R\$: 97,89

RESERVADO AO FISCO



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0676/00854	N. DO DOCUMENTO 566120/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 109/00102865	VENCIMENTO 28/09/2024
RECEB(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 1.244,84	

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO

02/09/2024



Banco Itaú S.A.

341-7

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					341-7 RECIBO DO PAGADOR	
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 RUA VEREADOR GENARO VITALE, 120 - Bairro: JD SAO FERNANDO - POUSO ALEGRE - MG - CEP:						
DATA DO DOCUMENTO 02/09/2024		NO. DO DOCUMENTO 566120/01		ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 03/09/2024
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X	
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 28/09/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.						
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01						
APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ						
VENCIMENTO 28/09/2024						
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0676/00854-3						
CART. / NOSSO NÚMERO 109/00102865-6						
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 1.244,84						
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS						
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES						
4 (+) MORA / MULTA / JUROS						
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS						
6 (=) VALOR COBRADO						



Fone: (35) 3449-1950

SP

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10286.560676 60085.430001 6 98530000124484

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					VENCIMENTO 28/09/2024	
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 RUA VEREADOR GENARO VITALE, 120 - Bairro: JD SAO FERNANDO - POUSO ALEGRE - MG - CEP:						
DATA DO DOCUMENTO 02/09/2024		Nº DO DOCUMENTO 566120/01		ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 03/09/2024
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X	
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 28/09/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.						
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01						
APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ						
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0676/00854-3						
CART. / NOSSO NÚMERO 109/00102865-6						
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 1.244,84						
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS						
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES						
4 (+) MORA / MULTA / JUROS						
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS						
6 (=) VALOR COBRADO						
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 17402064 GARCA SACADOR/AVALISTA						
WILLIAMS SP						

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10287.480676 60085.430001 2 98530000211180
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COMERCIAL LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	28/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.111,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.111,80
Valor Pago (R\$):	2.111,80

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:04:12

Código da operação: 069125947
Chave de segurança: 4M22FWA64GN2XW8H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

MED CENTER COMERCIAL LTDA

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

DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDANº: 000566131
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO:

3124 0900 8749 2900 0140 5500 1000 5661 3115 2675 4438

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

131246158696213 02/09/24 18:38:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.

813015791118

CNPJ

00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

(13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

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

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

02/09/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA ENTR/SÁIDA

03/09/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE / FAX

1133748438

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

18:38:12

FATURA / DUPLICATA

001 28/09/2024 2.111,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.

2.111,80

VALOR DO I.C.M.S.

202,22

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST

0,00

VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.111,80

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO I.P.I.

0,00

VALOR APROX. TRIBUTOS

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.111,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE POR CONTA

0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

SP

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

23246316000163

ENDEREÇO

AV 10, 1126

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587220280115

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

599654

PESO BRUTO

10,022 Kg

PESO LÍQUIDO

10,022 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC.ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS %IPI
01044700 3004.20.59	CEFTRIAXONA 1 GR IV/IM S/DIL - 111389C/FAB.01/05/24/VAL.30/04/26 C/ 50 AP	100	0 6108 300	2 CV	221,32000000	0,00%	442,64	442,64	0,00	17,71	0,00		4,00 0,00
00046901 3004.32.90	DEXAMETASONA 4 MG/ML AMPOLA 2,5 ML VP - 24070859/FAB.01/07/24/VAL.30/07/26 C/ 50 AP	100	0 6108 000	2 CV	55,98000000	0,00%	111,96	111,96	0,00	13,44	0,00		12,00 0,00
00206500 3004.50.90	DRAMIN B6 DL AMP 10 ML (N) - B24F0462/FAB.01/06/24/VAL.30/06/26 C/ 100 AP	100	0 6108 500	1 CV	790,00000000	0,00%	790,00	790,00	0,00	94,80	0,00		12,00 0,00
00764300 3004.32.10	HIDROCORTISONA 100 MG F/A S/DIL - 24070425/FAB.01/06/24/VAL.30/06/26 C/ 50 FR	100	0 6108 500	2 CV	161,79000000	0,00%	323,58	323,58	0,00	38,83	0,00		12,00 0,00
01617700 3004.20.79	NEOMICINA+BACITRACINA 5+250 PDA 15GR - 044394/FAB.01/04/24/VAL.30/04/26 C/ 50 TB	50	0 6108 000	1 CV	126,28000000	0,00%	126,28	126,28	0,00	15,15	0,00		12,00 0,00
01226100 3004.90.69	ONDANSETRONA 8MG AMP 4ML - 24030883/FAB.01/12/23/VAL.30/12/25 C/ 20 AP	100	0 6108 500	5 CV	24,00000000	0,00%	120,00	120,00	0,00	14,40	0,00		12,00 0,00
00120200 3004.90.39	SALBUTAMOL 100MCG SPRAY 200 DOSES / - 07642761/FAB.01/02/24/VAL.28/02/26	10	0 6108 300	10 FR	19,73400000	0,00%	197,34	197,34	0,00	7,89	0,00		4,00 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BOLETO

ID 360271821.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #Endereco de Entrega: Rui Luiz Martins Cruz, 63 - Jardim Lago Azul - 13294-394 - LOUVEIRA - Sao Paulo - SP

Pedido: 599654

Volume M3: 0.023917

Rota: 10

FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS

FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS

Valor ICMS UF Destino R\$: 58,40

RESERVADO AO FISCO



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0676/00854	N. DO DOCUMENTO 566131/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 109/00102874	VENCIMENTO 28/09/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 2.111,80	

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO

02/09/2024



Banco Itaú S.A.

341-7

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					341-7 RECIBO DO PAGADOR		
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 RUA VEREADOR GENARO VITALE, 120 - Bairro: JD SAO FERNANDO - POUSO ALEGRE - MG - CEP:							
DATA DO DOCUMENTO 02/09/2024	NO. DO DOCUMENTO 566131/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 03/09/2024	 Fone: (35) 3449-1950		
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE			VALOR X
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 28/09/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.							
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01							
APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ							
VENCIMENTO					28/09/2024		
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO					0676/00854-3		
CART. / NOSSO NÚMERO					109/00102874-8		
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO					2.111,80		
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS							
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES							
4 (+) MORA / MULTA / JUROS							
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS							
6 (=) VALOR COBRADO							

PAGADOR

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

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARÇA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10287.480676 60085.430001 2 98530000211180

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					VENCIMENTO 28/09/2024	
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 RUA VEREADOR GENARO VITALE, 120 - Bairro: JD SAO FERNANDO - POUSO ALEGRE - MG - CEP:						
DATA DO DOCUMENTO 02/09/2024	NO. DO DOCUMENTO 566131/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 03/09/2024	AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 0676/00854-3	
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 109	MOEDA R\$	QUANTIDADE	CART. / NOSSO NÚMERO 109/00102874-8	1 (+) VALOR DO DOCUMENTO 2.111,80
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 28/09/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.					2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
CRÉDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU S.A., PAGAR SOMENTE NO BANCO Parcela: 1/01					3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
APÓS O VENCIMENTO, ACESSE WWW.ITAUI.COM.BR/BOLETOS PARA ATUALIZAR O SEU BOLETO APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ					4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
					5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
					6 (=) VALOR COBRADO	

PAGADOR

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

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARÇA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23796.62709 94248.000005 26000.299102 8 98550000060000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CPS COMERCIAL
Nome/Razão Social:	CPS COMERCIAL
CPF/CNPJ:	11.119.750/0001-01
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	CPS COMERCIAL
CPF/CNPJ:	11.119.750/0001-01
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASS. HOSP. BEN DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	600,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	600,00
Valor Pago (R\$):	600,00

Data/hora da operação:	25/09/2024 14:04:31
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	069126230
Chave de segurança:	6634XFYCT90ZF3XK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 30/09/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV ENGENHEIRO CARLOS STEVENSON, 1066 - FUNDOS - NOVA CAMPINAS 13092-132 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 04/09/2024		Nº do documento 58	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 04/09/2024	Nosso Número 09/00/000004248-0
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 600,00
Pagador: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 17402-064 - GARÇA - SP						
Beneficiário Final: Não Informado					Recibo do Sacado	

Recebimento através do cheque nº. _____ do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.

Autenticação Mecânica

Corte aqui

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 30/09/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV ENGENHEIRO CARLOS STEVENSON, 1066 - FUNDOS - NOVA CAMPINAS 13092-132 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 04/09/2024		Nº do documento 58	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 04/09/2024	Nosso Número 09/00/000004248-0
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 600,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) * * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * * *						(-) Descontos/Abatimentos
						(-) Outras deduções
						(+) Mora/Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 17402-064 - GARÇA - SP						
Beneficiário Final: Não Informado					Ficha de Compensação	

Autenticação Mecânica

SAC - Serviço de
Apoio ao ClienteAlô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semanaDemais telefones
consulte o site
Fale Conosco

Ouvidoria

0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h as 18h, exceto feriados



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 31520.814521 24007.710007 6 98550000059431
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	594,31
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	594,31
Valor Pago (R\$):	594,31

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:04:47

Código da operação: 069126582

Chave de segurança: G3ETS3N7LR5N6M94

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS

HOSP.LTDA

RUA DOUTOR GUALTER NUNES, 100 - CHACARA JUNQUEIRA

- TATUI - SP - CEP: 18271-210

Fone: (15)3251-9494

DANFE

Documento Auxiliar da

Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 000.189.514

Série 000

Folha 1/2

CLAVE DE ACESSO

3524 0908 2317 3400 0193 5500 0000 1895 1410 0211 3134

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

687161985111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF

08.231.734/0001-93

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241942702051 02/09/2024 21:30:10

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2024

ENDEREÇO

AV DR ORLANDO T SANTOS 50, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA

02/09/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)0353-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

21:30:10

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ENDERECO

RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63

MUNICÍPIO

LOUVEIRA

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM LARO AZUL

CEP

13294-394

UF

SP

TELEFONE / FAX

FATURA

DADOS DA FATURA

Número: 189514 - Valor Original: R\$ 594,31 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 594,31

PARCELAS

Número : 001

Vencimento : 30/09/2024

Valor : R\$ 594,31

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
275,88		49,66		0,00		0,00		594,31
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		594,31		

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

FRETE POR CONTA

0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM 2.2 - SP110-3

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

7

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NUMERAÇÃO

1/7

PESO BRUTO

28,300

PESO LÍQUIDO

28,300

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SII	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	IPI
566562	COLETOR PERFUROCORT PAPELAO 13L PARDO ECOLOGIC C/20 C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$104,83 LOTE: 9354 QTD: 2,00 FAB: 14/06/2024 VAL: 07/06/2029	48191000	000	5102	CX	2,00	104,8300	0,00	209,66	209,66	37,74	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO 360272762.1 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - Não aceitamos reclamações posteriores. - Favor conferir todos os itens. - Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto. - Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega. - Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte. Empresa sob regime especial de Distribuidor Hospitalar, conforme Portaria CAT 116/2017 END.ENTREGA : RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63 JARDIM LARO AZUL CEP 13294-394 LOUVEIRA/SP

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 03/09/2024 10:09:28

nsdocs - <https://app.nsdocs.com.br>

RUA DOUTOR GUALTER NUNES, 100 - CHACARA JUNQUEIRA
- TATUI - SP - CEP: 18271-210
Fone: (15)3251-9494

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1



3524 0908 2317 3400 0193 5500 0000 1895 1410 0211 3134

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

135241942702051 02/09/2024 21:30:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF	
------------	--

08.231.734/0001-93

[illegible]



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 30/09/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 189514/1	Nosso Número 109/00315208-1
Espécie R\$	Quantidade	Valor X	(=)Valor Documento R\$ 594,31	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93 END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUÍ/SP				



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

34191.09008 31520.814521 24007.710007 6 98550000059431

Local de Pagamento Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o venc.to., somente no ITAU.						Vencimento 30/09/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 02/09/2024	Número do Documento 189514/1		Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 02/09/2024	Nosso Número 109/00315208-1
Uso do Banco	CIP	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 594,31
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,18 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 11,89 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO						(-)Descontos/Abatimentos
						(-)Outras Deduções
						(+)Mora/Multa
						(+)Outros Acréscimos
						(=)Valor
Sacado ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP						

Sacador/Avalista





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 31522.894521 24007.710007 9 98550000175990
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	FUTURA COM PROD MEDICOS
Nome/Razão Social:	FUTURA COM PROD MEDICOS
CPF/CNPJ:	08.231.734/0001-93
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.759,90
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.759,90
Valor Pago (R\$):	1.759,90

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:05:10

Código da operação: 069126680

Chave de segurança: MRAJQC3K6LFNJJ5
--

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

**Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitais LTDA**

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep: 18271-210 Tatui/SP

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

DANFEDocumento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1**No. 189.510****SÉRIE: 0**

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001895101002113097

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

135241942873937

02/09/2024 22:00

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Data da Emissão

02/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 189.510/ 1 Valor: 1.759,90 Vencdo. 30/09/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
1.759,90	302,06	0,00	0,00	1.759,90
Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto / ICMS Desonerado	Outras despesas	Valor do IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				Valor Total da Nota
				1.759,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR	1 - emitente 2 - destinatário	1			12.270.745/0004-00
Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual		
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM	SUMARE	SP	671495090114		
Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
3	CAIXAS			4,500	4,500

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
568819	ANLIDIPINO 5MG CX C/500CP "BESILAPIN" GEOLAB Lote: 2310126 Val. 31/07/2025	30049069	000	5102	CX	1,00 1,00	15,050000	15,05	15,05	2,71		18,0	
568042	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM CX C/50 "ARTRINID" UNIAO QUIMICA Lote: 2414426 Val. 30/04/2026	30049029	000	5102	CX	16,00 16,00	79,450000	1.271,20	1.271,20	228,82		18,0	
569287	AGUA P/ INJECAO 250ML CX C/48 FRASCOS FRESENIUS Lote: 74TC1108 Val. 05/02/2026	30049099	020	5102	CX	1,00 1,00	215,635200	215,64	215,64	25,88		12,0	
573068	PREDNISOLONA 3MG/ML 100ML "GENÉRICO" HIPOLABOR Lote: 0853/24 Val. 31/05/2026	30043999	000	5102	FR	5,00 5,00	5,970000	29,85	29,85	3,58		12,0	
568215	EFEDRINA 50MG/ML AMP 1ML CX C/25 "UNIFEDRINE" UNIAO QUIMICA Lote: 2414982.B Val. 30/04/2026	30049099	000	5102	CX	2,00 2,00	114,080000	228,16	228,16	41,07		18,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63

JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

Recebemos de Futura Com. Prod. Médicos Hosp. Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e No. 189.510
Data de recebimento	Identificação e assinatura do receptor	SÉRIE: 0
FUTURA www.futura medicamentos.com.br Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira Cep: 18271-210 Tatui/SP Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787 DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 No. 189.510 SÉRIE: 0 Página 2 de 2		 Chave de Acesso da NF-e 35240908231734000193550000001895101002113097 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 135241942873937 02/09/2024 22:00
Natureza da Operação VENDA		
Inscrição Estadual 687.161.985.111	Inscrição Estadual do Subst. Tributário	CNPJ 08.231.734/0001-93

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares REG.: Sumaré N/P.215.032	Reservado ao FISCO
---	--------------------

PEDIDO 360271821.1 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - Não aceitamos reclamações posteriores. - Favor conferir todos os itens. - Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto. - Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega. - Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte. Empresa sob regime especial de Distribuidor Hospitalar, conforme Portaria CAT 116/2017



Banco Itaú S/A | 341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 30/09/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 189510/1	Nosso Número 109/00315228-9
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 1.759,90	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93				
END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUI/SP				



Banco Itaú S/A | 341-7

34191.09008 31522.894521 24007.710007 9 98550000175990

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 30/09/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 02/09/2024	Número do Documento 189510/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 02/09/2024	Nosso Número 109/00315228-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 1.759,90
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,53 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 35,20 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-)Descontos/Abatimentos
					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
					(=)Valor
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP					





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.01571 11500.000002 17289.801015 6 98550000189700
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
Nome/Razão Social:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
CPF/CNPJ:	44.672.062/0001-15
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.897,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.897,00
Valor Pago (R\$):	1.897,00

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:06:16

Código da operação: 069126799

Chave de segurança: PMJT415PX9WYHXVZ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica



DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA

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

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.024.428
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO

3524 0944 6720 6200 0115 5500 1000 0244 2810 0252 2411

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

135241941144317 - 02/09/2024 17:40:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797833036116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

44.672.062/0001-15

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 050

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

GARÇA

UF

SP

FONE / FAX

16992288028

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ CPF

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM LAGO AZUL II

CEP

13294-394

MUNICÍPIO

LOUVEIRA

UF

SP

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Num. 001
Venc. 30/09/2024
Valor R\$ 1.897,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
1.541,55	184,99	0,00	0,00	0,00	0,00	1.897,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.897,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

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

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

671495090114

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
787	(605) AGUA P/ INJECÃO SOL INJ CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2432141 Qt: 2 Val: 20/07/26 FCI:A6CD77AA-F39E-488C-BA2D-72B25F159151	30049099	500	5102	CX	2	42,4000	84,80	84,80	10,18			12,00	
2644	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO PO P/ SOL INJ IV CT 10 FA VD TRANS BEKER G+ Lote: MG0123010A Qt: 10 Val: 30/06/25	30031012	520	5102	CX	10	85,3000	853,00	497,55	59,71			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:

PEDIDO BIONEXO 360271821

CONTATO ANDERSON

Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira

PEDIDO DE COMPRA:PDC#360271821#BIONEXO

Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 251971

ATENDIMENTO (16) 3771-5458

DEVOLUÇÃO DE MERCADORIA NO PRAZO MÁXIMO DE 48 HORAS.

Afex 3.11280-6

Afex 4.04495-0

Afex 1.27329-6

Afex 1.27330-8

Inf. fisco:

Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 283,41 Estadual: R\$ 227,64 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

(A) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL.

(B) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. ALIQUOTA ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO RICMS/SP-2000.

REDUÇÃO DA BASE DE CÁLCULO CONFORME INCISO XXIV, DO ARTIGO 3, DO ANEXO II DO RICMS/SP-2000.

(C) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. ALIQUOTA ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO RICMS/SP-2000.

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

ROTA: ENTREGA 1 DIA

RESERVADO AO FISCO



Santander

Beneficiário:

DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA

Agência/Ident.Beneficiário

0230-0 / 0157115

Data do Documento

02/09/2024

Vencimento

30/09/2024

Pagador:

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

Número Documento:

24428-01

Nosso Número:

0017289

Valor do Documento:

1.897,00

Autenticação Mecânica

Banco Santander

033-0

03399.01571 11500.000002 17289.801015 6 98550000189700

Local de Pagamento:

PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento

30/09/2024

Beneficiário

DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15

Agência/Ident.Beneficiário

0230-0 / 0157115

Data do documento:

02/09/2024

No. do documento

24428-01

Espécie doc.

DM

Aceite

N

Data Processamento

02/09/2024

Nosso Número

0017289-8

Uso do Banco

Carteira

Espécie Moeda

Quantidade

(x) Valor

101

RS

(=) Valor do Documento

1.897,00

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,26 AO DIA

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

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

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.008988 52001.512202 3 98550000721432
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Nome/Razão Social:	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ:	04.274.988/0001-38
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	7.214,32
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	7.214,32
Valor Pago (R\$):	7.214,32

Data/hora da operação: 25/09/2024 14:06:36

Código da operação: 069127225

Chave de segurança: CX9VYS60AW253J30

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Ativa

USO GERAL

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.131.975
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO

3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1319 7510 2475 5166

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241940661791 - 02/09/2024 16:54:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL

582596876113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 050

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

GARÇA

UF

SP

FONE / FAX

1836591411

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063

BAIRRO / DISTRITO

13294-394*JARDIM LAGO AZUL II

CEP

13294-394

MUNICÍPIO

LOUVEIRA

UF

SP

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Num. 001

Venc. 30/09/2024

Valor R\$ 7.214,32

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
6.393,72	984,84	0,00	0,00	0,00	0,00	7.214,32
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.214,32

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SP

671495090114

QUANTIDADE

12

ESPECIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

105,690

PESO LÍQUIDO

105,690

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
37714	AMICACINA 500MG (250MG/ML) (GEN) SOL INJ CT C/ 50 AP 2ML TEUTO G+ PMC: 13.73 Lote: 9070159 Qt: 50 Fab: 01/10/23 Val: 01/10/25	30049099	000	5102	AP	50	3,4562	172,81	172,81	20,74			12,00	
32394	AMINOFILINA 24MG/ML (GEN) SOL INJ 10ML CX C/ 50 AP TEUTO G+ PMC: 7.60 Lote: 9073158 Qt: 50 Fab: 08/11/23 Val: 08/11/25 FCI:E560B22B-F631-4AC8-9AEC-D08E387A1699	30049099	500	5102	AP	50	3,4406	172,03	172,03	20,64			12,00	
35962	ANDROCORTIL 500MG PO LIOF INJ S/DIL CT C/ 50 FA/TEUTO S+ PMC: 15.37 Lote: 25961787 Qt: 200 Fab: 21/05/24 Val: 21/05/26	30043933	000	5102	FA	200	4,2900	858,00	858,00	154,44			18,00	
56101	ARTRINID 100MG PO LIOF P/ SOL INFUS IV CT C/ 50 FA UNIAO QUIMICA S+ PMC: 18.55 Lote: 2424400 Qt: 200 Fab: 11/06/24 Val: 30/06/26 FCI:C24E979C-ED22-46E4-9333-81641E569B05	30049029	500	5102	FA	200	4,1340	826,80	826,80	148,82			18,00	
33821	BEPEBEN 1.200.000UI PO SUS INJ S/DIL CX C/ 50 FA TEUTO S+ PMC: 19.77 Lote: 2505812 Qt: 300 Fab: 19/04/24 Val: 19/04/26 FCI:458F07BE-95B3-484F-A2B0-C0540607F65B	30041013	500	5102	FA	300	5,9766	1.792,98	1.792,98	322,74			18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
PEDIDO 360271821
Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
PEDIDO DE COMPRA:PDC#360271821#BIONEXO
Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2475516
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C: 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 975,24 Estadual: R\$ 865,72 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) RED. BASE DE CALCULO ICMS - CONF DECRETO 58.895 DE 21.03.2013

RESERVADO AO FISCO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITA, 290 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.131.975 Série 001 Folha 2/2		 CHAVE DE ACESSO 3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1319 7510 2475 5166 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora										
NATUREZA DA OPERAÇÃO		VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO										
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF										
582596876113				04.274.988/0001-38										
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
34175	BUTIL ESCOPOL+DIPIRONA 4MG/ML + 500MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CT C/ 100AP HIPOLABOR G+ PMC: 3.97 Lote: H-176/23 Qt: 200 Fab: 04/12/23 Val: 30/11/25 FCI:5E054CC1-F909-40A6-A986-BE1FE5400F37	30049099	500	5102	AP	200	1,3398	267,96	267,96	32,16			12,00	
38068	CLONAZEPAM 2,5MG/ML (GEN) SOL OR 20ML PCT C/ 10/HIPOLABOR/B1 G+ PMC: 16.85 Lote: 0076/24 Qt: 10 Fab: 01/02/24 Val: 31/01/26 FCI:055E37CF-E285-41D8-A68F-2A57547CE786	30049069	500	5102	FR	10	2,1100	21,10	21,10	2,53			12,00	
53380	DIPIRONA SODICA 500MG/ML SOL INJ 2ML (GEN) CT C/ 100 AP/SANTISA G+ PMC: 3.85 Lote: 20733724 Qt: 600 Fab: 13/07/24 Val: 13/07/26	30049069	000	5102	AP	600	0,8049	482,94	482,94	57,95			12,00	
56310	FISIOLÓGICO 0,9% 100ML CX C/ 60 FR FARMARIN O+	30049099	020	5102	FR	600	3,2824	1.969,44	1.148,84	137,86			12,00	
31669	FUROSEMIDA 10MG/ML SOL INJ 2ML (GEN) CT C/ 60 AP TEUTO G+ PMC: 1.60 Lote: 9067402 Qt: 120 Fab: 09/09/23 Val: 09/09/25	30049076	000	5102	AP	120	0,6580	78,96	78,96	9,48			12,00	
53117	HEPTRIS 100MG/ML (40MG) IV/SC SOL INJ 0,4ML CT C/ 10 SER+SIST SEG MYLAN S+ PmPE 44,51 PMC: 80.70 Lote: AB06153A Qt: 10 Fab: 26/11/23 Val: 31/10/25	30049099	700	5102	SER	10	14,8900	148,90	148,90	26,80			18,00	
37822	IPRATROPIO 0,25MG/ML (GEN) SOL P/ INAL 20ML PCT C/ 10 HIPOLABOR G+ PMC: 7.19 Lote: 0348/24 Qt: 10 Fab: 24/03/24 Val: 28/02/26 FCI:B861B64E-F7E3-4812-B8F1-C59A4CA1A969	30044990	500	5102	FR	10	1,1860	11,86	11,86	1,42			12,00	
53554	OMEPRAZOL 40MG PO P/ SOL INJ (GEN) CX C/ 20 FA + 20 AP DIL 10ML BLAU G- PMC: 44.86 Lote: 24060282 Qt: 40 Fab: 08/05/24 Val: 31/05/26 FCI:7D8D00DC-09FC-4B4F-8F84-016674BF1692	30049069	500	5102	FA	40	10,2635	410,54	410,54	49,26			12,00	



ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100



Bradesco

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 02/09/2024	Vencimento 30/09/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 131975-01	Nosso Número: 00000089852	Valor: 7.214,32

Autenticação Mecânica



Bradesco

237-2

23792.40100 90000.008988 52001.512202 3 98550000721432

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 30/09/2024
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38					Agência/Código Beneficiário 2401-5/0015122-P
Endereço Beneficiário RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP					
Data do documento: 02/09/2024	No. do documento 131975-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/09/2024	Cart./Nosso Número 09/00000089852-2
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 7.214,32
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 19,24 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 144,29 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

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

Ficha de Compensação



Autenticação Mecânica



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000030 98000.070304 2 98550000008000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SIFRA S A
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA
CPF/CNPJ:	72.911.837/0002-84
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	25/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	80,00
Juros (R\$):	0,00

IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	80,00
Valor Pago (R\$):	80,00

Data/hora da operação:	25/09/2024 14:06:55
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	069127341
Chave de segurança:	QK6SHEEPQN01P7VU

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

RECEBEMOS DE ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 16/09/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 80,00		NF-e Nº 000.007.315 SÉRIE 5
DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA ESTRADA ANHANGUERA, 72 - SANTO ANTONIO CEP 15.760-000 - LOUVEIRA - SP Fone (017) 2136-6400	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.007.315 SÉRIE 5 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 0972 9118 3700 0284 5500 5000 0073 1510 0136 0103 Consulta da autenticidade no portal nacional da NF-e. www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA NFE			
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 421000607117	INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:	CNPJ: 72.911.837/0002-84	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242062800080 16/09/2024 11:52:30

DESTINATÁRIO / REMETENTE		
NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO: 16/09/2024
ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO/DISTRITO: WILLIAMS	CEP: 17402064
MUNICÍPIO: GARÇA	FONE/FAX: 1938483554	UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO		HORA DE SAÍDA:

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS: 0,00	VALOR DO ICMS: 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.: 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO: 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 80,00	
VALOR DO FRETE: 0,00	VALOR DO SEGURO: 0,00	DESCONTO: 0,00	OUT. DESP. ACESSÓRIAS: 0,00	VALOR DO IPI: 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA: 80,00

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
COD. PROD.	COD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	COD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
3	810101001	ETANOL COMUM	15,52	22071090	060	5656	L	20,101	3,98	0,00	80,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA														

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PLACA: SYC1G14 MOTORISTA: MARCOS Tributos aproximados: R\$ 5,92 (7,40%) Federal, R\$ 9,60 (12,00%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT - SP 244637	

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Seg, 2024-09-16 11:53

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

Olá ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, segue um resumo da venda realizada no dia 16/09/2024 11:52.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Motorista: **MARCOS**

Cupom Fiscal: **7315**

Média KM:

Veículo:

Nota Fiscal: **7315**

HM:

Placa: **SYC1G14**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	20,101 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 80,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 80,00

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 80,00



AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 16/09/2024

Nome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50
Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTO

Placa: SYC1614 Km:

Veiculos.:

Motorista: MARCOS

Valor....: 80,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupon.:7315

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

23/09/2024 13:19

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Fatura: 9751394

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 23/09/2024

Vencimento: 30/09/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
7315		16/09/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	20,10				ETANOL COMUM	3,980	80,000	3,980	80,000
Total de litros: 20,10										Valor Total: 80,00			

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
ETANOL COMUM	20,10	80,00	80,00

Valor total faturado: 80,00

Instruções de Impressão

Imprimir em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal. (Não use modo econômico).
Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) - Corte na linha indicada

Comprovante de Entrega



Bradesco

|237-2|

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 30/09/2024	Nº do Documento 9751394
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000398-1	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 80,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 23/09/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data
			Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

() Recusado

() Outros (anotar no verso)

() Não Procurado

Recibo do Pagador



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000030 98000.070304 2 98550000008000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000398-1
Número do documento 9751394	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 30/09/2024	Valor documento R\$ 80,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064				

Instruções

Título Cedido à Sifra S/A

Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10

NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.

JUROS DE MORA DE R\$ 0,16 AO DIA.

NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000030 98000.070304 2 98550000008000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 30/09/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 23/09/2024	Ng documento 9751394	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 23/09/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000398-1
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(=) Valor documento R\$ 80,00
					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa
Pagador / Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL		
Conta de débito:	3104 003 00000525-6		
Representação numérica do código de barras:	846400000002	635710291132	443848355402 072412407156
Empresa:	TELEFONICA		
Valor:	63,57		
Data de débito:	25/09/2024		
Data/hora da operação:	25/09/2024		
Código da operação:	00952885		
Chave de segurança:	T8PPNLAQVSPE0NUZ		

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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



2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL			
Conta de débito:	3104 003 00000525-6			
Representação numérica do código de barras:	846300000003	904010291139	443848355402	082482408158
Empresa:	TELEFONICA			
Valor:	90,40			
Data de débito:	25/09/2024			
Data/hora da operação:	25/09/2024			
Código da operação:	00952913			
Chave de segurança:	2R13F8TN3M10F95V			

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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



Seu Demonstrativo de Despesas

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP: 04571-936
IE: 108383849112 IM: 2.571.418-0 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

Local 11344 Uso GOVERNO MUNICIPAL
Telefone 3848-3554 0 DV 0 NRC 03493465264
Total da Fatura 90,40 Vencimento 15/08/2024 Mês 08/2024



CTC CAMPINAS/SP-PL31
PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
R LUIZ MARTINS CRUZ 63 03 SAUDE- JD LAGO AZUL
13294-336 LOUVEIRA - SP



998 - 1 L

Vencimento
15/08/2024

Central de Relacionamento:
0800 15 1551

72080918899999000000135920070824

SERVIÇOS

Assinatura Mensal
Ligações para Celular
Chamada Longa Distância Nacional Vivo 15
Descontos Fixo

VALOR (R\$)

68,66
4,81
21,48
4,55CR

TOTAL A PAGAR

90,40

Serviço de
Atendimento ao
Consumidor
(SAC): 103 15.
Pessoas com
necessidades
especiais de
fala/audição,
acesso pelo 142.
Para saber qual a
loja Vivo mais
perto de você
acesse
www.vivo.com.br

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.
DESTAQUE AQUI

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

Local	Telefone	Mês	DV	Complemento
11344	3848-35540	08/24	8	2962 4248
Total da Fatura		DV	Vencimento	
90,40		9	15/08/24	

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento

Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

846300000003 904010291139 443848355402 082482408158





2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL		
Conta de débito:	3104 003 00000525-6		

Representação numérica do código de barras:	846500000001	653710291135	443848355402	092442409154
---	--------------	--------------	--------------	--------------

Empresa:	TELEFONICA
Valor:	65,37

Data de débito:	25/09/2024
Data/hora da operação:	25/09/2024

Código da operação:	00953264
Chave de segurança:	P77CSKMNQ69LSAW7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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



Seu Demonstrativo de Despesas

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1378 - Cidade Monções
São Paulo - SP - CEP: 04571-938
IE: 108383940-112 IM: 2.871.440-0 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

1065 - 1 L

Local 11344
Uso GOVERNO MUNICIPAL
Telefone 3848-3554 0
DV 0 NRC 03493465264
Total da Fatura 65,37
Vencimento 15/09/2024
Mês 09/2024



CTC CAMPINAS/SPI-PL31
PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
R LUIZ MARTINS CRUZ 63 03 SAUDE- JD LAGO AZUL
13294-336 LOUVEIRA - SP



Vencimento
15/09/2024

Central de Relacionamento:
0800 15 1551

720809188669990000000136020060924

SERVIÇOS

VALOR (R\$)

Assinatura Mensal
Descontos Fixo

68,66
3,29CR

Serviço de
Atendimento ao
Consumidor
(SAC): 103 15.
Pessoas com
necessidades
especiais de
fala/audição,
acesso pelo 142.
Para saber qual a
loja Vivo mais
perto de você
acesse
www.vivo.com.br

TOTAL A PAGAR

65,37

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

Local 11344
Telefone 3848-35540
Mês 09/24
DV 4
Complemento 2442 4549
Total da Fatura 65,37
Vencimento 15/09/24

Não Rasure ou perfure este documento pois será utilizado no processamento



Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo





2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL			
Conta de débito:	3104 003 00000525-6			
Representação numérica do código de barras:	836900000081	574101103269	735063631023	300006992626
Empresa:	CIA PIRATININGA FORCA LUZ SP			
Valor:	857,41			
Data de débito:	25/09/2024			
Data/hora da operação:	25/09/2024			
Código da operação:	00953305			
Chave de segurança:	8WN1X56Z2YUJ9KA9			

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

MUNICIPIO DE LOUVEIRA
R CATHARINA CALSSAVARA CALDANA 451
LEITAO
13290-000 LOUVEIRA SP

Nota Fiscal
Conta de Energia Elétrica
Nº. 149730577 série C
Data de Emissão 24/08/2024
Data de Apresentação 26/08/2024
Página 01 de 02

Roteiro de Leitura Lote PN
LOUATL61-0000000000 MC 60012893

Reservado ao Fisco
6F94.1ECA.D8EE.2129.08C5.765D.DBE1.2C43

DADOS DO SEU CÓDIGO

MUNICIPIO DE LOUVEIRA
R LUIS M CRUZ, 63
13290-000 LOUVEIRA /SP

Classificação: Tarifa Verde-A4 Poder Público Municipal
CNPJ: 46.363.933/0001-44
Inscrição Estadual: 421.081.147.112
Conta Contrato Nº. 230000699262

ATENDIMENTO CPFL	PN	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
0800 721 1294 www.cpflempresas.com.br	60012893	2036316845	JUL/2024	09/09/2024	857,41

DISCRIMINAÇÃO DA OPERAÇÃO - RESERVADO AO FISCO

Cod.	Descrição da Operação	Mês Ref.	Quant. Registrada	Quant. Faturada	Unid. Med.	Tarifa com Tributos R\$	Valor Total Operação R\$	Base Cálculo ICMS R\$	Aliq. ICMS%	ICMS	Base Cálculo PIS/COFINS	PIS 1,00%	COFINS 4,57%
115	Nº 904454509493												
0602	Demanda [kW] - TUSD	JUL/24					0,00						
0602	Demanda [kW] - TUSD	JUL/24		30,000	KW	13,91500000	417,45				417,45	4,17	19,08
	Subtotal						417,45						
	Total Distribuidora						417,45						
0807	Contrib. Custeio IP-CIP Municipal	JUL/24					460,00						
	Total Devoluções/Ajustes						460,00						
0903	Retenção Demanda IRRF-4,8%						20,04-						
	Total Retenções						20,04-						
	Total a Pagar						857,41						

Total Consolidado	857,41			417,45	4,17	19,08
-------------------	--------	--	--	--------	------	-------



Pague aqui - PIX

Nota Fiscal
Conta de Energia Elétrica
Nº 149730577 Série C

Autenticação Mecânica no Verso

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Cód. Déb. Automático-Banco
230000699262

Vencimento
09/09/2024

Total a Pagar R\$
857,41

ATRASSO NO PAGAMENTO SERÁ COBRADO EM CONTA FUTURA: MULTA 2%, JUROS
MORA 0,033% AO DIA E CORREÇÃO MONETÁRIA, CONF.LEGISLAÇÃO VIGENTE

836900000081 574101103269 735063631023 300006992626



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 26/09/2024 às 08:20:47

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 3104/003/00000525-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/9122/00000000212-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMEN

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico: TED

CPF/CNPJ: 42.323.482/0001-60

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 15.065,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 25/09/2024

Data da Operação: 25/09/2024

Código da Operação: 00118973

Chave de Segurança: EKJ3Y5RNR68UAPKJ

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Fatura de Locação

080915

Data da emissão
de Nota/Fatura:

Emissão: 06/09/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: SITCON TECNOLOGIA E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LTDA

CNPJ/CPF: 42.323.482/0001-60

Inscrição Municipal: 41719

Inscrição Estadual: ISENTO

Endereço: RUA SANTA ANGÉLICA, 222

CEP: 13.320-000

Complemento: Não Informado

Bairro: JARDIM SÃO GABRIEL II

Município: SALTO

UF: SP

País: BRASIL

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB - Rede Santa Casa

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

Inscrição Estadual: ISENTO

Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS Nº: 50

CEP: 17.402-064

Complemento:

Bairro: WILLIAMS

Município: Garça

UF: SP

País: BRASIL

FATURA DE LOCAÇÃO

Serviços prestados:

Período: 01/08/2024 a 31/08/2024

Local da prestação de serviço: R. Dalvo Luiz Martins Cruz, 63 - Jardim Lago Azul

Louveira - SP, 13291-010

Contrato de gestão: (Contrato de Gestão nº 001/2024 – PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA)

Equipamentos	Valor Und.	Valor Mês
10 Impressora de etiqueta	R\$ 320,00	R\$ 3.200,00
20 Impressoras Laser Mono	R\$ 340,00	R\$ 6.800,00
02 TV'S	R\$ 120,00	R\$ 240,00
02 Mini Pc	R\$ 125,00	R\$ 250,00
05 Transformadores	R\$ 140,00	R\$ 700,00
15 Computadores Dell	R\$ 165,00	R\$ 2.475,00
01 Impressora Multicolorida	R\$ 350,00	R\$ 350,00
03 Impressoras 4080	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00

Valor: R\$ 15.065,00

CONTRATO DE GESTÃO 001/2024

Conta para depósito:

Banco do Brasil

Agência: 9122-7

C/C: 212-7

Desobriga-se a emissão da Nota Fiscal de Serviços por não constar na lista de serviços tributáveis da Lei Complementar Federal 116./123. Item 301.



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2388 / 00000248946-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	WANER LABORATORIO DE ANALISE CLINICAS
CPF/CNPJ:	03.560.868/0004-87
Valor:	R\$ 10.933,89
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	25/09/2024
Data / Hora da operação:	25/09/2024 14:07:52

Código da operação:	38070480
Chave de segurança:	HHJWNHG8SJNI81AA7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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



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

711/NFS-E



Número / Série	711 / NFS-E	Emissão	18/09/2024 10:47:48	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	18/09/2024	Código de verificação	VW21.OYW5.ATZU.1NDS	Exigibilidade	Exigível	RPS	

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP

CPF / CNPJ: 03.560.868/0004-87

Reg.: Faturamento

Endereço: R. MARGINAL, 403 ANDAR 1 - Bairro: JD VERA CRUZ - Cep: 13290000

Telefone:

Município: Louveira - SP

País: Brasil

Insc. Mun.: 007619

Cod. Mob.: 007619

Insc. Est.:

Email: danielcitolab@ig.com.br

Nome Fant.: CITOLAB LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02

Reg.:

Endereço: R. DR ORLANDO T SANTOS, 50 - Bairro: Williams - Cep: 17402-064

Telefone: (16) 3374.8438

Município: Garça - SP

País: Brasil

Insc. Mun.:

Insc. Est.: 09.384.618/0001-77

Email: controladoria@ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

4.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES. (2,00 %)

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

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
EXAMES LABORATORIAIS PRODUÇÃO - AGOSTO/2024 DADOS PARA DEPOSITO : BCO BRADESCO AG - 2388 CONTA CORRENTE - 248946-5 CONTRATO GESTÃO 001/2024 ORGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	R\$ 11.100,40	1,00	R\$ 11.100,40

Tributos Federais

PIS

INSS

CSLL

IRRF

COFINS

0,00

0,00

0,00

166,51

0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
11.100,40	222,01	0,00	11.100,40	2,00 %
Outras Retenções(R\$)			Valor Líquido:	R\$ 10.933,89
0,00				

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por: WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP

Recebi(emos) de WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP, os serviços constantes da nota fiscal Nº 711, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/VW21.OYW5.ATZU.1NDS>

Data: / /

Assinatura:

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 26/09/2024 às 08:21:49

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000525-6

Conta Destino: 4895 / 1288 / 000821804574-9

Dados do Destinatário

Nome: ROSANGELA DE FRANCA COUTINHO

Valor: R\$ 1.751,41

Informações do Pagamento

Data da Transação: 25/09/2024

Código da Operação: 251407

Chave de Segurança: E6X1NXJUNW7QNKCX

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	Número conta	Valor
Complemento de cálculo: Comp 09/2024 - Data complemento 23/09/2024 - Rescisão			
8679	ROSANGELA DE FRANCA COUTINHC	000744761963-0	1.751,41
Empregados: 1 Estagiários: 0		Total da Empresa:	1.751,41

GARCA, 23/09/2024

Responsável: _____

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 26/09/2024 às 08:21:49

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 003 / 00000525-6

Conta Destino: 2949 / 1292 / 000578925833-2

Dados do Destinatário

Nome: PMP PROD MEDICOS PAULISTA LTDA

Valor: R\$ 19.814,00

Informações do Pagamento

Data da Transação: 25/09/2024

Código da Operação: 251408

Chave de Segurança: 8K9T8KWFKNLLF729

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

NF-e
Nº 000002
Série 1



PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
Rua Madre Francesinha, 38, Vila Virginia
14.030-488 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 98100-5303 - PROMEDIRP.VENDAS@GMAIL.COM

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída
Nº 000002
SÉRIE: 1
Página: 1 de 2

Controle do Fisco



Chave de acesso
3524 0654 7196 8800 0193 5500 1000 0000 0219 0387 7953

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

Natureza da operação
Venda de mercadoria a não contribuinte

Protocolo de autorização de uso
135241367594845 27/06/2024 10:34:47

Inscrição Estadual
135905047118

Inscr.est. do subst.trib.
CNPJ
54.719.688/0001-93

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

Inscrição Estadual

Data emissão
27/06/2024

Endereço
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

Bairro
Williams

CEP
17.402-064

Data saída
27/06/2024

Município
Garça

Fone/Fax
(16) 3374-8438

UF
SP

Hora saída
10:34:46

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	27/07/2024	19.814,00	002	11/08/2024	19.814,00			

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS 0,00	Valor do ICMS 0,00	Base de cálculo do ICMS Subst. 0,00	Valor do ICMS Subst. 0,00	Valor do FCP ST 0,00	Valor total dos produtos 39.628,00
Valor do frete 0,00	Valor do seguro 0,00	Desconto 0,00	Outras despesas acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor total da nota 39.628,00

Transportador/Volumes transportados

Nome

Frete por conta
0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

Endereço

Município

UF

Inscrição Estadual

Quantidade
0

Espécie

Marca

Numeração

Peso bruto
0,000

Peso líquido
0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vir.ICMS	Vir.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	SUPORTE SORO E BOMBA INFUSAO	94029090	0102	5.102	UN	5,00	306,00	1.530,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	NEGATOSCOPIO	90105090	0102	5.102	UN	6,00	473,00	2.838,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	OFTALMOSCOPIO	90189099	0102	5.102	UN	2,00	855,00	1.710,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	OTOSCOPIO	90189099	0102	5.102	UN	3,00	359,00	1.077,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	MESA MAYO INOX	94029090	0102	5.102	UN	5,00	499,00	2.495,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	BRACADEIRA PARA INJECAO	94029090	0102	5.102	UN	5,00	175,00	875,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	COLAR CERVICAL ESPUMA	90211020	0102	5.102	UN	8,00	26,00	208,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

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

Dados adicionais

Observações
Empresas optante pelo Simples Nacional.
Total aproximado de tributos: R\$ 1.981,40 (5,00%) .
LOCAL DE ENTREGA: Rua das Rosas, 255 - Jd Lago Azul - Louveira-SP. Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira.

Reservado ao fisco



**PMP PRODUTOS MEDICOS
PAULISTA LTDA**
Rua Madre Francesinha, 38, Vila
Virginia
14.030-488 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 98100-5303 -
PROMEDIRP.VENDAS@GMAIL.COM

DANFE
Documento Auxiliar
da Nota Fiscal
Eletrônica
0-Entrada
1-Saída

1

Nº 000002
SERIE: 1
Página: 2 de 2

Controle do Fisco



Chave de acesso

3524 0654 7196 8800 0193 5500 1000 0000 0219 0387 7953

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 a não contribuinte						135241367594845 27/06/2024 10:34:47								
Inscrição Estadual			Inscr.est. do subst.trib.			CNPJ								
135905047118						54.719.688/0001-93								
Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vir.ICMS	Vir.IPI	%ICMS	%IPI	
CFOP5102	CANULA DE GUEDEL N 0	90183929	0102	5.102	UN	2,00	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	CANULA DE GUEDEL N 1	90183929	0102	5.102	UN	2,00	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	CANULA DE GUEDEL N 2	90183929	0102	5.102	UN	2,00	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	CANULA DE GUEDEL N 4	90183929	0102	5.102	UN	2,00	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	CANULA DE GUEDEL N 5	90183929	0102	5.102	UN	2,00	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	PRANCHA P/ IMOBILIZACAO	90211020	0102	5.102	UN	2,00	646,00	1.292,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	CPAP AIRSENSE 10 AUTOSSET	90192090	0102	5.102	UN	1,00	5.875,00	5.875,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MASCARA NASAL CPAP	90192090	0102	5.102	UN	1,00	606,00	606,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MASCARA DE ALTA CONCENTRACAO ADULTO COM RESERVATORIO	90192010	0102	5.102	UN	15,00	19,00	285,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MASCAR DE ALTA CONCENTRACAO INFANTIL COM RESERVATORIO	90192010	0102	5.102	UN	15,00	19,00	285,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MICRONEBULIZADOR ADULTO AR COMP.	90192010	0102	5.102	UN	10,00	22,00	220,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MICRONEBULIZADOR INFANTIL AR COMP.	90192020	0102	5.102	UN	10,00	22,00	220,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MICRONEBULIZADOR ADULTO OXIGENIO	90192010	0102	5.102	UN	10,00	22,00	220,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MICRONEBULIZADOR INFANTIL OXIGENIO	90192010	0102	5.102	UN	10,00	22,00	220,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MACRONEBULIZADOR ADULTO OXIGENIO	90192010	0102	5.102	UN	6,00	125,00	750,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	MACRONEBULIZADOR ADULTO AR COMP.	90192010	0102	5.102	UN	1,00	125,00	125,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	UMIDIFICADOR 400 ML	90192010	0102	5.102	UN	15,00	18,00	270,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	AGACHAMBER ESPACADOR AD/INF	90192020	0102	5.102	UN	10,00	52,50	525,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	ESPACADOR INFANTIL G-TECH	90192020	0102	5.102	UN	10,00	52,50	525,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	FLUXOMETRO P/ AR COMPRIMIDO PROTEC	90262090	0102	5.102	UN	16,00	75,00	1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	FLUXOMETRO P/ OXIGENIO PROTEC	90262090	0102	5.102	UN	8,00	75,00	600,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	BIOMBO TRIPLO PINTADO C/ LONA PLASTICA	94029090	0102	5.102	UN	15,00	588,00	8.820,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	SUPORTE P/ HAMPER PINTADO	94029090	0102	5.102	UN	7,00	331,00	2.317,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	KIT LARINGOSCOPIO AD CONTENDO 1 CABO 6 LAMINAS	90189099	0102	5.102	KIT	1,00	945,00	945,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	KIT LARINGOSCOPIO INF CONTENDO 1 CABO 6 LAMINAS	90189099	0102	5.102	KIT	1,00	945,00	945,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	DF7001D DETECTOR FETAL PORTATIL C/ PAINEL DIGITAL	90181980	0102	5.102	UN	1,00	895,00	895,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	EXTENSAO PVC 2 MTS	90192010	0102	5.102	UN	10,00	4,90	49,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	PAS DESC ADULTO P/ CARDIOVERSOR /DESFRIB INSTRAMED	90189099	0102	5.102	UN	1,00	730,00	730,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	PAS DESC INF P/ CARDIOMAX/ISIS/ION	90181990	0102	5.102	UN	1,00	550,00	550,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	
CFOP5102	CIRCUITO P/ CPAP COMPLETO PVC	90192090	0102	5.102	UN	2,00	180,00	360,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00	

		COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA							
		104-0		10491234644600010004300000000281997900001981400					
Beneficiário PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA				CPF/CNPJ 54.719.688/0001-93		Ag. / Cód. do Beneficiário 2949 / 1234646			
Endereço do Beneficiário MADRE FRANCESINHA, nº 38, , VILA VIRGINIA, RIBEIRAO PRETO					UF SP	CEP 14030-488			
Data do documento 27/06/2024		Nº documento 0002		Aceite NAO		Data do processamento 27/06/2024		Nosso Número 14000000000000002 - 2	
Pagador ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			
Endereço do Pagador RUA DR ORLANDOTHIAGO SANTOS, nº 50, , WILLIAMS, GARCA						UF SP	CEP 17402-064		
Sacador / Avalista						CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00			
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 13,20 REAIS AO DIA MULTA : 396,28 REAIS A PARTIR DE 30/07/2024									
Carteira RG		Espécie DOC DM		Vencimento 27/07/2024		Valor do documento 19.814,00		Valor Cobrado	
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br						Autenticação Mecânica - Recido do Pagador			
		104-0		10491234644600010004300000000281997900001981400					
Local De Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE								Vencimento 27/07/2024	
Beneficiário: PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA MADRE FRANCESINHA, nº 38, , VILA VIRGINIA, RIBEIRAO PRETO								54.719.688/0001-93 Ag. / Cód. do Beneficiário 2949 / 1234646	
Data do documento 27/06/2024		Nº documento 0002		Espécie Doc DM	Aceite NAO	Data do processamento 27/06/2024		Nosso Número 14000000000000002 - 2	
Uso do Banco		Carteira RG	Moeda REAL	Qtde. moeda		Valor		(-) Valor do Documento 19.814,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 13,20 REAIS AO DIA MULTA : 396,28 REAIS A PARTIR DE 30/07/2024								(-) Desconto 0,00	
								(-) Outras Deduções/Abatimento 0,00	
								(+) Mora/Multa/Juros 0,00	
								(+) Outros Acréscimos	
								(=) Valor Cobrado 0,00	
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL								CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Endereço: RUA DR ORLANDOTHIAGO SANTOS, nº 50, , WILLIAMS, GARCA								UF: SP CEP: 17402-064	
Sacador/Avalista:								CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00	
						Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação			

		COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA						
104-0		10491234644600010004300000002220298050001981400						
Beneficiário PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA				CPF/CNPJ 54.719.688/0001-93		Ag. / Cód. do Beneficiário 2949 / 1234646		
Endereço do Beneficiário MADRE FRANCESINHA, nº 38, , VILA VIRGINIA, RIBEIRAO PRETO					UF SP	CEP 14030-488		
Data do documento 27/06/2024		Nº documento 00022		Aceite NAO	Data do processamento 27/06/2024		Nosso Número 14000000000000022 - 7	
Pagador ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02		
Endereço do Pagador RUA DR ORLANDOTHIAGO SANTOS, nº 50, , WILLIAMS, GARCA						UF SP	CEP 17402-064	
Sacador / Avalista						CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00		
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 13,20 REAIS AO DIA MULTA : 396,28 REAIS A PARTIR DE 13/08/2024								
Carteira RG		Espécie DOC DM		Vencimento 11/08/2024		Valor do documento 19.814,00		Valor Cobrado
SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios) Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492 Ouvidoria: 0800 725 7474 caixa.gov.br						Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador		
		104-0		10491234644600010004300000002220298050001981400				
Local De Pagamento PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE						Vencimento 11/08/2024		
Beneficiário: PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA MADRE FRANCESINHA, nº 38, , VILA VIRGINIA, RIBEIRAO PRETO						54.719.688/0001-93 Ag. / Cód. do Beneficiário 2949 / 1234646		
Data do documento 27/06/2024		Nº documento 00022		Espécie Doc DM	Aceite NAO	Data do processamento 27/06/2024		Nosso Número 14000000000000022 - 7
Uso do Banco		Carteira RG	Moeda REAL	Qtde. moeda	Valor		(=) Valor do Documento 19.814,00	
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário): PROTESTAR COM 15 DIAS JUROS : 13,20 REAIS AO DIA MULTA : 396,28 REAIS A PARTIR DE 13/08/2024								
(-) Desconto 0,00								
(-) Outras Deduções/Abatimento 0,00								
(+) Mora/Multa/Juros 0,00								
(+) Outros Acréscimos								
(=) Valor Cobrado 0,00								
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		
Endereço: RUA DR ORLANDOTHIAGO SANTOS, nº 50, , WILLIAMS, GARCA						UF: SP CEP: 17402-064		
Sacador/Avalista:						CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00		
						Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação		



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.57007 04657.471571 74511.960002 7 98550000338000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA
Nome/Razão Social:	LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA
CPF/CNPJ:	66.741.117/0001-34
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/09/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.380,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.380,00
Valor Pago (R\$):	3.380,00

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:52:59
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	074324699
Chave de segurança:	RRKTAMZXN0G85CME

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

RECEBEMOS DE LABWAY DIAGNÓSTICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.016.754
		SÉRIE: 1

LABWAY DIAGNÓSTICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES EPP		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	CONTROLE DO FISCO
RUA ACÁCIA, 126 - - JARDIM DAS FLORES, Osasco, SP - CEP: 06120120 - Fone/Fax: 11973082640		0 - Entrada 1 - Saída	
		1	CHAVE DE ACESSO 3524 0866 7411 1700 0134 5500 1000 0167 5414 0420 0708
		Nº 000.016.754 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241875636236 - 27/08/2024 08:49	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 492362200112	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 66.741.117/0001-34	

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 27/08/2024
ENDEREÇO RUA DR. ORLANDO T. SANTOS, 50 -	BAIRRO/DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
MUNICÍPIO Garça	FONE/FAX	UF SP	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA

/ Num.: 16754 / V. Orig.: 3.380,00 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 3.380,00

CÁLCULO DO IMPOSTO							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00
						VALOR DO IPI	0,00
						VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	3.380,00
						VALOR TOTAL DA NOTA	3.380,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS							
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-Remetente (CIF)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF		
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
CD104227	SOLUÇÃO TAMPÃO LOTE 2308123 VAL. 07/2025	38229000	240	5102	UN	1,0000	2.890,0000	2.890,00					
DD92123	CONTROLE DE QUALIDADE I, II, III NÍVEIS LOTE 2404110 VAL. 02/2027	38229000	240	5102	UN	1,0000	490,0000	490,00					

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0000057800	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Duplicata - Num.: 001, Venc.: 30/09/2024, Valor: 3.380,00 HOSPITAL STO ANTONIO LOUVEIRA. CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 ORGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.	RESERVADO AO FISCO

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04657.471571 74511.960002 7 98550000338000

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 30/09/2024
Beneficiário LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA R ACACIA, 126, , 06120120 - JD DAS FLORES - OSASCO - SP CNPJ/CPF: 66.741.117/0001-34					Agência/Código Beneficiário 1577/45119-6
Data do documento 28/08/2024	Núm. do documento 16754	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 28/08/2024	Nosso Número 157 / 00046574 - 7
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.380,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS 50, 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP Beneficiário final: CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04657.471571 74511.960002 7 98550000338000

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 30/09/2024
Beneficiário LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA R ACACIA, 126, , 06120120 - JD DAS FLORES - OSASCO - SP CNPJ/CPF: 66.741.117/0001-34					Agência/Código Beneficiário 1577/45119-6
Data do documento 28/08/2024	Núm. do documento 16754	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 28/08/2024	Nosso Número 157 / 00046574 - 7
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.380,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS 50, 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP Beneficiário final: CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:					

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685 (demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itaú.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000427 58009.901040 6 98560000073746
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	01/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	737,46
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	737,46
Valor Pago (R\$):	737,46

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:53:22
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	074324920
Chave de segurança:	VGMKPM78V200QZMF

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDARua Projetada, s/n - Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

N° 790103
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

131246160764117 03/09/2024 16:34:00

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131246160764117 03/09/2024 16:34:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
03/09/2024ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMSCEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAÍDA

03 SET. 2024

MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 01/10/2024 737,46

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
737,46		88,50	0,00		0,00	737,46
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	737,46

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
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730			MUNICÍPIO POUSO ALEGRE				UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
1	CAIXA				2,60		2,60	

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
29644	HYFREN 1MG/ML 100AMP 1ML-HYPOFARMA LT 240-20594 (3) 02/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24020594, Qtde: 3, Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/2026)	30039099	000	6108	CX	3	104,5700	313,71	313,71	37,65		12,00	
35614	BROMOPRIDA 4MG/ML FR 20ML HOSP GEN-AIRELA LT 24D0506 (5) 04/2026 (Fornecedor: 596, Lote: 24D0506, Qtde: 5, Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2026)	30049045	000	6108	FR	5	2,5500	12,75	12,75	1,53	0,00	12,00	0,00
27145	BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-U.QUIMICA LT 2352253.A (6) 11/2026 (Fornecedor: 1390, Lote: 2352253.A, Qtde: 6, Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 30/11/2026)	30049045	500	6108	CX	6	68,5000	411,00	411,00	49,32	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 360271821 - CONTRATO DE GESTAO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
||#R5P3V1||

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 19,58

Pedido: 758902

End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, N° 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000, LOUVEIRA-SP

Operação contratada na modalidade não presencial - E-PTA-RE N°: 45.000033322-68

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 6 Cubagem: 0,00

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

RESERVADO AO FISCO

Mercadoria avariada, ou falhas

so serão repostas se forem reclamadas

ao conhecimentos do transportes.

**033-7****03399.48457 01300.000427 58009.901040 6 98560000073746****Recibo do Pagador**

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

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

Nosso Número 000004258009-9	Nr.Documento 8790103U	Data de Vencimento 01/10/2024	Valor do Documento R\$ 737,46	(=) Valor Pago R\$ 737,46
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

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

Agência/Código do Beneficiário
3689/4845013

Autenticação Mecânica

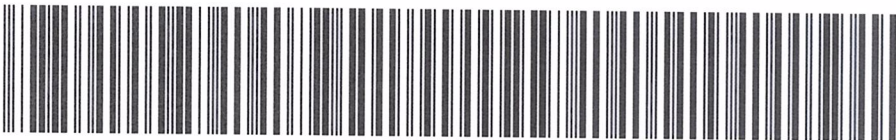
Boleto de Pagamento**033-7****03399.48457 01300.000427 58009.901040 6 98560000073746**

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 01/10/2024
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP					Agência/Código do Cedente 3689/4845013
Data do Documento 03/09/2024	Número do Documento 8790103U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 25/09/2024	Nosso Número 000004258009-9
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 737,46
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 1,21					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 737,46

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

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

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000427 58008.001040 4 98560000066933
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	01/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	669,33
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	669,33
Valor Pago (R\$):	669,33

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:54:05
------------------------	---------------------

Código da operação:	074325168
Chave de segurança:	8U6CYMF8Z982XYEV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SUPERMED

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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 790064
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3124 0911 2060 9900 0107 5500 1000 7900 6410 8645 0961

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

131246160487883 03/09/2024 14:53:24

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

03/09/2024

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

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA ENTRADA/SAÍDA

03 SET 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA / DUPLICATA

001 01/10/2024 669,33

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	
669,33		80,32		0,00		0,00		669,33	
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		669,33	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS									669,33

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO

POUSO ALEGRE

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

CAIXA

9

NUMERO

PESO BRUTO

27,55

PESO LÍQUIDO

27,55

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
29250	FRALDA AD. EXTRA GDE.8PCT C/07 MAXI CONF LT 5280 (7) 05/2027 (Fornecedor: 284- 4, Lote: 5280, Qtde: 7 ,Data Fab: 02/05/2- 024, Data Val: 02/05/2027)	96190000	000	6108	FD	7	80,2143	561,50	561,50	67,38	0,00	12,00	0,00
32180	FRALDA DESC.INF. P C/08 C/20 LIPPY BABY LT 7659 (1) 07/2027 (Fornecedor: 2844, Lote: 7659, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/07/2024, Data Val: 22/07/2027)	96190000	000	6108	FD	1	75,4400	75,44	75,44	9,05	0,00	12,00	0,00
4408	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.04 C/10-MARKMED LT 22085 (2) 06/2028 (Fornecedor: 164, Lo- te: 22085, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)	90183929	000	6108	PCT	2	7,2950	14,59	14,59	1,75	0,00	12,00	0,00
24090	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.14 C/1- 0-MEDSONDA LT 77483 (2) 08/2028 (Fornece- dor: 9657, Lote: 77483, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2028)	90183929	000	6108	PCT	2	8,9000	17,80	17,80	2,14	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 360272762- CONTRATO DE GESTAO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
||#R13P2V8 R5P3V1 ||

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 40,17

Pedido: 758901

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

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

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

Rota....: 6 Cubagem: 0,33

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

RESERVADO AO FISCO

os produtos e materiais ou talhas
só serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.

Recibo do Pagador



033-7

03399.48457 01300.000427 58008.001040 4 98560000066933

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

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

Nosso Número 000004258008-0	Nr.Documento 8790064U	Data de Vencimento 01/10/2024	Valor do Documento R\$ 669,33	(=) Valor Pago R\$ 669,33
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP				
Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013			Autenticação Mecânica	

Boleto de Pagamento



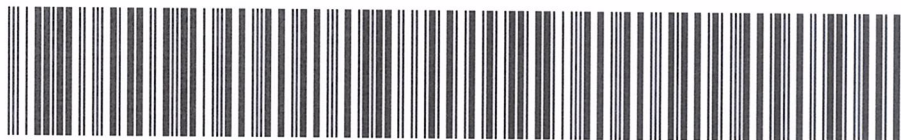
033-7

03399.48457 01300.000427 58008.001040 4 98560000066933

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 01/10/2024
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP					Agência/Código do Cedente 3689/4845013
Data do Documento 03/09/2024	Número do Documento 8790064U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 25/09/2024	Nosso Número 000004258008-0
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 669,33
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 1,09					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 669,33
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL / 45.349.461/0001-02					

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

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000427 58007.201047 2 98560000225841
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	01/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.258,41
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.258,41
Valor Pago (R\$):	2.258,41

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:54:24
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	074327584
Chave de segurança:	YU1TPJ7U0ZXAW90N

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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

Avenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07403350, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 710695
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
13524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7106 9516 1357 5954

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
135241951236283 03/09/2024 17:08:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc.

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
03/09/2024

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

Bairro/Distrito
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SÁLIA
03 SET 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 01/10/2024 2.258,41

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
2.013,05	343,28	0,00	0,00	2.258,41
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.258,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

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
9	CAIXA			57,75	57,75

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
11942	COL.UR.INF.FEM.N/EST.100ML C/10-MRDICPLAST LT 19220 (3) 02/2028 (Fornecedor: 871, Lote: 19220, Qtde: 3, Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/2028)	90189099	000	5102	PCT	3	2,4000	7,20	7,20	1,30	0,00	18,00	0,00
32616	LUVA P/ PROCED N.EST.P C/20-SOFT AID LT ELMF014.3 (1) 01/2029 (Fornecedor: 183-7, Lote: ELMF014.3, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/2024, Data Val: 31/01/2029)	40151200	200	5102	CX	1	429,0000	429,00	429,00	77,22	0,00	18,00	0,00
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/130-THEOTO LT 044 (2) 07/2029 (Fornecedor: 261, Lote: 044, Qtde: 2, Data Fab: 26/07/2024, Data Val: 26/07/2029)	44219900	000	5102	PCT	2	4,8400	9,68	9,68	1,74	0,00	18,00	0,00
28088	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/1000 REP.001301-4-BIOTEC LT 24/A03047 (1) 06/2027 (Fornecedor: 7710, Lote: 24/A03047, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2027)	90189010	000	5102	PCT	1	118,3000	118,30	118,30	21,29		18,00	
19294	AGUA OXI 10VL 100ML 3% ALM CX C/30-RIOQUIMICA LT 2403146B (1) 07/2027 (Fornecedor: 926, Lote: 2403146B, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/07/2027)	30049059	000	5102	CX	1	45,7100	45,71	45,71	8,23	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 360272762 - CONTRATO DE GESTAO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA ||#R38V7
R35P2V1 R39V1 ||
ITEM 9 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 708490
End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000, LOUVEIRA-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 2 Cubagem: 0,31
Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (1,2%), PIS/COFINS R\$ 0,00 (3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS

SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM
RELACIONADAS NO CANHOTO DA
NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDAAvenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 710695
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7106 9516 1357 5954

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc.PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241951236283 03/09/2024 17:08:44INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13140	AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT AGL0-05Q/23 (40) 12/2028 (Fornecedor: 918, Lote: AGL005Q/23, Qtde: 40, Data Fab: 01/01/2024, Data Val: 30/12/2028)	90183219	200	5102	CX	40	6,7200	268,80	268,80	32,26		12,00	
33251	ALG. ROLO 500G C/20-POLAX AP500 LT 52624 (1) 06/2029 (Fornecedor: 114, Lote: 52624, Qtde: 1, Data Fab: 24/06/2024, Data Val: 24/06/2029)	56012110	000	5102	FD	1	244,0000	244,00	244,00	43,92	0,00	18,00	0,00
35336	AV. IMPERMEAVEL 40G MANGA LONGA AZUL C/1-0-MEGA LT 24/0014004 (6) 04/2026 (Fornecedor: 3948, Lote: 24/0014004, Qtde: 6, Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2026)	63079010	200	5102	PCT	6	25,8950	155,37	155,37	27,97	0,00	18,00	0,00
31889	CERTOPIX CVC DUPLO LUMEN 7FRX20CM-B.BRAU LT 23M15A8551 (4) 11/2028 (Fornecedor: 32-55, Lote: 23M15A8551, Qtde: 4, Data Fab: 15/11/2023, Data Val: 01/11/2028)	90183929	240	5102	UND	4	61,3400	245,36			0,00		0,00
11943	COL.UR.INF.MAS.N/EST.100ML C/10-MEDICPLAST LT 19410 (3) 06/2028 (Fornecedor: 271, Lote: 19410, Qtde: 3, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)	90189099	000	5102	PCT	3	2,4000	7,20	7,20	1,30	0,00	18,00	0,00
24536	PAPEL GRAU CIRURG.100MMx100M RL-POLLITEX LT 1047 (2) 06/2029 (Fornecedor: 1982, Lote: 1047, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2029)	46043990	000	5102	RL	2	34,1150	68,23	68,23	12,28	0,00	18,00	0,00
19286	RIALCOOL 70% ANTI-SEPTICO 100ML C/30-RIO-QUIMICA LT 2402793 (3) 07/2027 (Fornecedor: 926, Lote: 2402793, Qtde: 3, Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/2027)	30049099	000	5102	CX	3	54,6600	163,98	163,98	29,52	0,00	18,00	0,00
34489	SCALP DE SEGURANCA N.21 PGC C/100-UNIQUED LT 20230504 (1) 05/2028 (Fornecedor: 4484, Lote: 20230504, Qtde: 1, Data Fab: 04/05/2023, Data Val: 03/05/2028)	90183219	000	5102	CX	1	36,7100	36,71	36,71	6,61	0,00	18,00	0,00
30095	SERINGA DESC.03ML SLIP C/500-SR LT L1116 (1) 07/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L1116, Qtde: 1, Data Fab: 11/07/2024, Data Val: 11/07/2029)	90183119	100	5102	CX	1	49,0500	49,05	49,05	5,89		12,00	
30092	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT L1119 (1) 07/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L1119, Qtde: 1, Data Fab: 12/07/2024, Data Val: 12/07/2029)	90183111	100	5102	CX	1	46,2500	46,25	46,25	8,32		18,00	
32886	SER.GASOMETRIA C/HEPARINA 3ML C/-1-SMITHS LT 4298694 (100) 06/2025 (Fornecedor: 1734, Lote: 4298694, Qtde: 100, Data Fab: 22/06/2022, Data Val: 22/06/2025)	90183119	200	5102	PC	100	2,6900	269,00	269,00	48,42		18,00	
34907	SONDA ASPIRACAO COM VALVULA N.06 C/20-ZELARA LT 0323101001 (1) 10/2028 (Fornecedor: 1494, Lote: 0323101001, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 31/10/2028)	90183929	100	5102	CX	1	13,0000	13,00	13,00	2,34	0,00	18,00	0,00
25872	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 30MM C/24- LT 20-240228 (1) 02/2029 (Fornecedor: 8061, Lote: 20240228, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/2029)	30061090	200	5102	CX	1	27,1900	27,19	27,19	4,89		18,00	
27573	NYLON PRETO 4/0 45CM 3/8 20MM C/24-TECHNOFIO LT 22240725 (1) 06/2029 (Fornecedor: 2420, Lote: 22240725, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 30/06/2029)	30061090	000	5102	CX	1	27,1900	27,19	27,19	4,89		18,00	
25875	NYLON PRETO 5/0 45CM 3/8 20MM C/24- LT 20-230218 (1) 02/2028 (Fornecedor: 8061, Lote: 20230218, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2023, Data Val: 28/02/2028)	30061090	200	5102	CX	1	27,1900	27,19	27,19	4,89		18,00	

Recibo do Pagador



033-7

03399.48457 01300.000427 58007.201047 2 98560000225841

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

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

Nosso Número 000004258007-2	Nr.Documento 6710695U	Data de Vencimento 01/10/2024	Valor do Documento R\$ 2.258,41	(=) Valor Pago R\$ 2.258,41
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP				
Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013			Autenticação Mecânica	

Boleto de Pagamento



033-7

03399.48457 01300.000427 58007.201047 2 98560000225841

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 01/10/2024
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço BANCO SOFISA S/A CPF/CNPJ: 60.889.128/0001-80 AL SANTOS, 1496, Comp.: 10 AND - CERQUEIRA CESAR - 01418-100, SAO PAULO - SP					Agência/Código do Cedente 3689/4845013
Data do Documento 03/09/2024	Número do Documento 6710695U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 25/09/2024	Nosso Número 000004258007-2
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 2.258,41
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 3,69					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 2.258,41

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

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

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000427 58006.401044 5 98560000179766
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	BANCO SOFISA S/A
Nome/Razão Social:	BANCO SOFISA S/A
CPF/CNPJ:	60.889.128/0001-80
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CPF/CNPJ:	11.206.099/0001-07
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	01/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.797,66
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00

Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.797,66
Valor Pago (R\$):	1.797,66

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:54:59
------------------------	---------------------

Código da operação:	074327829
Chave de segurança:	LTKE10N9EVL7JK1H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SUPERMED

SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDAAvenida Tower Automotive, 300 -
Galpao 26 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA 1Nº 710658
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7106 5816 9055 9239

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Acq.de Terc.PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135241950204890 03/09/2024 15:32:05INSCRIÇÃO 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
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
03/09/2024ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMSCEP
17402-064DATA ENTRADA/SAÍDA
03 SET 2024MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 01/10/2024 1.797,66

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	EASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.797,66	313,26	0,00	0,00	1.797,66
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	1.797,66

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DC 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 2	ESPECIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 6,69	PESO LÍQUIDO 6,69

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CS*	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
12176	CL.TRAMADOL (A2) 100MG/- 2ML 50AMP 2ML GEN-TEUTO (PORT.344/98) LT 9069537 (2) 06/2025 (Fornecedor: 4434, Lote: 9069537, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2- 023, Data Val: 30/06/2025)	30049039	500	5102	CX	2	70,6300	141,26	141,26	16,95	0,00	12,00	0,00
12089	DICLOFEN.SODICO(DICLOFARMA)75MG 10- OAMP 3ML-FARMACE LT DC23L116 (1) 11/2025 \	30039047	300	5102	CX	5	80,3400	401,70	401,70	72,31		18,00	
11343	PARINEX 5000UI 5ML 50FAM-HIPOLABOR LT U00- 8/24 (1) 08/2025 (Fornecedor: 1398, Lote: U008/24, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2025)	30049099	000	5102	CX	1	797,0000	797,00	797,00	143,46		18,00	
17422	HIDROGEL C/ALGINATO TS C/85GR-CASEX REF.G085 LT 015HG24B (5) 06/2027 (Forneca- dor: 1003, Lote: 015HG24B, Qtde: 5, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2027)	30059090	600	5102	CX	5	13,4500	67,25	67,25	12,10	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 360271821 - CONTRATO DE GESTAO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA
||#R35P2V1 R36P4V1 ||
Pedido: 708487
End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000,
LOUVEIRA-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2013 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: 0,03
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R\$ 0,00 (1,2%), PIS COFINS R\$ 0,00
(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS

SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM

RELACIONADAS NO CANHOTO DA

NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO

DE TRANSPORTE

SUPERMED

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 710658
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7106 5816 9055 9239

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
135241950204890 03/09/2024 15:32:05

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28792	HIDROGEL TB C/85GR-VITAMEDICA LT 20231206 (5) 12/2026 (Fornecedor: 2300, Lote: 2023-1206, Qtde: 5 ,Data Fab: 13/12/2023, Data Val: 12/12/2026)	30059090	200	5102	CX	5	10,9800	54,90	54,90	9,88		18,00	
2013	FLUIMUCIL 10% 5AMP 3ML-ZAMBON LT 28006515 (10) 03/2025 (Fornecedor: 3795, Lote: 280-06515, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/03/2023, Data Val: 31/03/2025)	30049099	200	5102	CX	10	14,6700	146,70	146,70	26,41	0,00	18,00	0,00
13101	HIOSCINA+DIPIRONA GTS 20ML GEN-HIPOLABOR LT 0602/24 (5) 04/2026 (Fornecedor: 1898, Lote: 0602/24, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2-024, Data Val: 30/04/2026)	30049099	000	5102	FR	5	6,1500	30,75	30,75	3,69		12,00	
12094	SULF.ATROPINA (ATROFARMA) 0,25MG 10- 0AMP 1ML-FARMACE LT AT23H063 (2) 08/2025 (Fornecedor: 2385, Lote: AT23H063, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/12/2023, Data Val: 31/08/20-25)	30039099	000	5102	CX	2	79,0500	158,10	158,10	28,46	0,00	18,00	0,00



Recibo do Pagador

033-7

03399.48457 01300.000427 58006.401044 5 98560000179766

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

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

Nosso Número 000004258006-4	Nr.Documento 6710658U	Data de Vencimento 01/10/2024	Valor do Documento R\$ 1.797,66	(=) Valor Pago R\$ 1.797,66
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

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

Agência/Código do Beneficiário
3689/4845013

Autenticação Mecânica

Boleto de Pagamento



033-7

03399.48457 01300.000427 58006.401044 5 98560000179766

Local de pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento
01/10/2024

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

Agência/Código do Cedente
3689/4845013

Data do Documento 03/09/2024	Número do Documento 6710658U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 25/09/2024	Nosso Número 000004258006-4
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 1.797,66

Instruções
JUROS DIARIO DE R\$ 2,94

(-) Desconto/Abatimento

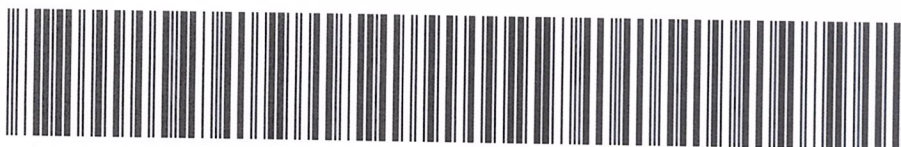
(+) Juros/Multa

(=) Valor Cobrado
R\$ 1.797,66

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

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

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09024 02244.702730 11486.030007 1 98570000083965
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
Nome/Razão Social:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
CPF/CNPJ:	13.254.314/0001-62
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	02/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	839,65
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	839,65
Valor Pago (R\$):	839,65

Data/hora da operação: 30/09/2024 16:55:18

Código da operação: 074328070

Chave de segurança: Z3AMFTS8XA9NNM9F

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

341-7

Recibo do Sacado

Local de Pagamento

ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ

Vencimento

02/10/2024

Beneficiário

PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62

Agência/Código Cedente

2731/14860-3

Data do Documento

04/09/2024

Num. do Documento

1827478/1

Espécie Doc.

DM

Aceite

N

Data do Processamento

04/09/2024

Nosso Número

109/02022447-0

Uso do Banco

Carteira

109

Espécie

R\$

Quantidade

Valor

(-) Valor do Documento

839,65

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

PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+/-) Mora/Multa

(+/-) Outros Acréscimos

(-) Valor Cobrado

NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO
APÓS O VENCIMENTO COBRAR 2,18 POR DIA DE ATRASO
APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA -
APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50
17402064 WILLIAMS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

GARCA

SP

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

341-7

34191.09024 02244.702730 11486.030007 1 98570000083965

Local de Pagamento

ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ

Vencimento

02/10/2024

Beneficiário

PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62

Agência/Código Cedente

2731/14860-3

Data do Documento

04/09/2024

Num. do Documento

1827478/1

Espécie Doc.

DM

Aceite

N

Data do Processamento

04/09/2024

Nosso Número

109/02022447-0

Uso do Banco

Carteira

109

Espécie

R\$

Quantidade

Valor

(-) Valor do Documento

839,65

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

PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+/-) Mora/Multa

(+/-) Outros Acréscimos

(-) Valor Cobrado

NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO
APÓS O VENCIMENTO COBRAR 2,18 POR DIA DE ATRASO
APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA -
APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50
17402064 WILLIAMS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

GARCA

SP

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01371.070135 65530.470007 6 98570000074240
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	02/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	742,40
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	742,40
Valor Pago (R\$):	742,40

Data/hora da operação: 30/09/2024 16:55:37

Código da operação: 074328390

Chave de segurança: LXURXKLYJ148GLVY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

COMERCIAL RUZALEM LTDA COMERCIAL RUZALEM AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 105.501 SÉRIE 001 FOLHA 1/1 1		CHAVE DE ACESSO 3524 0905 6268 9600 0132 5500 1000 1055 0119 4976 1250 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE/VENDA DE		INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO									
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO									
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1) 00007381		45.349.461/0001-02		04/09/2024									
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064									
MUNICÍPIO GARÇA -		UF SP		TELEFONE / FAX (19)3848-3554									
LOCAL ENTREGA		CNPJ / CPF		DATA DA SAÍDA									
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP		45.349.461/0001-02		04/09/2024									
DUPLICATAS		CNPJ / CPF		HORA DA SAÍDA									
Número 001		45.349.461/0001-02		16:15:13									
Vencimento 02/10/2024													
Valor R\$ 742,40													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS									
312,00		56,16		742,40									
VALOR DO FRETE		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.									
0,00		0,00		0,00									
VALOR DO SEGURO		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA									
0,00		0,00		742,40									
DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS											
0,00		0,00											
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT									
ENDEREÇO		0 - EMITENTE		PLACA DO VEÍCULO									
		MUNICÍPIO		UF									
QUANTIDADE		MARCA		CNPJ / CPF									
24		NUMERAÇÃO		INSCRIÇÃO ESTADUAL									
ESPÉCIE		PESO BRUTO											
		PESO LÍQUIDO											
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
00573	PAPEL T INT 2 DB BRANCO RUZALEM C/1000 (CX5) 04131	48182000	060	5405	PC	6,00	15,50	93,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
07216	SACO CRISTAL 20X30X006 TRANSPARENTE	39232190	000	5102	KG	3,00	26,00	78,00	78,00	14,04	0,00	18,00	0,00
00529	SACO CRISTAL 30X40X006 TRANSPARENTE 01166	39232190	000	5102	KG	3,00	26,00	78,00	78,00	14,04	0,00	18,00	0,00
07219	SACO CRISTAL 30X40X010 TRANSPARENTE	39232190	000	5102	KG	3,00	26,00	78,00	78,00	14,04	0,00	18,00	0,00
00523	SACO CRISTAL 40X60X006 TRANSPARENTE 011159	39232190	000	5102	KG	3,00	26,00	78,00	78,00	14,04	0,00	18,00	0,00
00005	SACO P BRANCO INFECTANTE 050 LT C/100 EMBALAC	39232190	060	5405	FD	4,00	24,50	98,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00015	SACO P BRANCO INFECTANTE 100 LT C/100 EMBALAC	39232190	060	5405	FD	6,00	39,90	239,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04/09/24 CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 008 - EDUARDO Cond Pag: 01028 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011353-PD PEDIDO N 47753 ***** VEM RETIRAR ***** Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 81,88 Federal / R\$ 128,05 Estadual - Fonte: IBPT													

Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.							Vencimento 02/10/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152							Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 04/09/2024	Nº do Documento 000000105501A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 04/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013710-7		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 742,40	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)							(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 2,45 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 14,85							(-) Outras Deduções
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105501A-NF							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista:							109/00013710-7
							Autenticação

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01371.070135 65530.470007 6 98570000074240			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.							Vencimento 02/10/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152							Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 04/09/2024	Nº do Documento 000000105501A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 04/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013710-7		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 742,40	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)							(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 2,45 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 14,85							(-) Outras Deduções
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105501A-NF							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista:							109/00013710-7
							Autenticação mecânica / Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02815.634007 00096.042171 5 98570000102086
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	001
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
Nome/Razão Social:	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
CPF/CNPJ:	04.192.876/0001-38
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	02/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.020,86
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.020,86
Valor Pago (R\$):	1.020,86

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:55:55
------------------------	---------------------

Código da operação: 074329039 Chave de segurança: 4VPMHFU2YMQ6K3CM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 - Vila Belmiro - SANTOS - SP - CEP: 11075-330 Fonc: (13)3228-2305			DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.320.559 Série 001 Folha 1/2			 CHAVE DE ACESSO 3524 0904 1928 7600 0138 5500 1000 3205 5910 0975 6132 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora																											
NATUREZA DA OPERAÇÃO			5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC			PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO																											
INSCRIÇÃO ESTADUAL			633566329115			INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO			CNPJ / CPF			04.192.876/0001-38																					
DESTINATÁRIO / REMETENTE																																	
NOME / RAZÃO SOCIAL						ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			CNPJ / CPF			45.349.461/0001-02			DATA DA EMISSÃO																		
ENDEREÇO						AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3			BAIRRO / DISTRITO			JARDIM ARIANO			CEP																		
MUNICÍPIO						LINS			UF			SP			TELEFONE / FAX																		
INSCRIÇÃO ESTADUAL									INSCRIÇÃO ESTADUAL						HORA DA SAÍDA																		
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA															17:08:23																		
NOME / RAZÃO SOCIAL						Louveira			CNPJ / CPF			45.349.461/0001-02			INSCRIÇÃO ESTADUAL																		
ENDEREÇO						Rua Luiz Martins Cruz 63			BAIRRO / DISTRITO			Jardim Lago Azul			CEP																		
MUNICÍPIO						LOUVEIRA			UF			SP			TELEFONE / FAX																		
FATURA																																	
DADOS DA FATURA		Número: 320559 - Valor Original: R\$ 1.020,86 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - ValorLiquido: R\$ 1.020,86																															
PARCELAS																																	
Número : 001																																	
Vencimento : 02/10/2024																																	
Valor : R\$ 1.020,86																																	
CÁLCULO DO IMPOSTO																																	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		1.020,86		VALOR DO ICMS		183,76		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		0,00		VALOR DO ICMS SUBST.		0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																	
VALOR DO FRETE		0,00		VALOR DO SEGURO		0,00		DESKONTO		0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		0,00		VALOR TOTAL DA NOTA																	
																1.020,86																	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																																	
NOME / RAZÃO SOCIAL						PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI			FRETE POR CONTA			0 - REMETENTE			CÓDIGO ANTT																		
ENDEREÇO						R SAO PAULO, 41			MUNICÍPIO			SANTOS			PLACA DO VEÍCULO																		
QUANTIDADE						5			ESPÉCIE			MARCA			UF																		
															SP																		
															INSCRIÇÃO ESTADUAL																		
															633751854115																		
															PESO BRUTO																		
															PESO LÍQUIDO																		
															3,300																		
ADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																																	
CÓDIGO PRODUTO		DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO				NCM/SH		CST		CFOP		UNID.		QTDE.		VALOR UNITÁRIO		VALOR DESCONTO		VALOR TOTAL		BASE DE CÁLC. ICMS		VALOR ICMS		VALOR IPI		ALÍQ. %					
21313		COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 7,5 X 7,5 ENV C/ 10 FIOS NOBRE C.P. ANVISA 0081474190002				13		30059090		000		5102		CX		1,00		189,2000		0,00		189,20		189,20		34,06		0,00		18,00		0,00	
		LOTE: 326/24 QTD: 1,00 FAB: 30/04/2024 VAL: 30/04/2027																															
ADOS ADICIONAIS																																	
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES												RESERVADO AO FISCO																					
IDIDO: 9664 // Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: ID 360272762 - Entrega 03/09/2024 - rescentar na Nota Fiscal: Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09/ IR ido 1.2%, no valor de R\$51.84 / Csl retido 1%, no valor de R\$43.20 Conforme Instrucao Normativa RFB n 2145/2023. Valor liquido a receber R\$ 24.96 Tributo aproximado R\$: 106,89 Federal R\$: 141,42 Estadual Fonte: IBPT /																																	

Rua Sao Paulo, 13 - Vila Belmiro - SANTOS - SP - CEP: 11075-330
Fone: (13)3228-2305

Nº 000.320.559
Série 001
Folha 2/2



3524 0904 1928 7600 0138 5500 1000 3205 5910 0975 6132

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

135241940822815 02/09/2024 17:09:19

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

633566329115

04.192.876/0001-38

[illegible]

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Autoatendimento BB.

Instruções

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

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL 001-9					
Beneficiário		Espécie	Quantidade	Nosso Número	
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.		R\$		28156340000096042-0	
Endereço					
R SAO PAULO 13. VILA BELMIRO SANTOS SP - 11075330					
Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento	
320559/1NFE	19415963	04.192.876/0001-38	02/10/2024	1.020,86	
(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado	
				1.020,86	
Pagador					
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO - 45.349.461/0001-02					
Instruções					
Autenticação mecânica					
JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,02 desde: 03.10.2024					
NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.					
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA					
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL 001-9		00190.00009 02815.634007 00096.042171 5 98570000102086			
Pagável em qualquer banco até o vencimento					
Beneficiário					02/10/2024
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.					Agência/Código Beneficiário
					3359-6 / 25002-3
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
02/09/2024	320559/1NFE	DM	N	25/09/2024	28156340000096042-0
Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor		Valor Documento
17	R\$				1.020,86
Instruções					(-) Desconto/Abatimento
JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,02 desde: 03.10.2024					(-) Outras Deduções
NAO RECEBER APOS 360 DIA(S) DO VENCIMENTO.					(-) Mora/Multa
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA					(-) Outros Acrescimos
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.					(=) Valor Cobrado
					1.020,86
Pagador					
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO - 45.349.461/0001-02					
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303					
LINS - SP - 16400-400					
Sacador/Avalista					



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01374.040135 65530.470007 1 98580000031000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
Nome/Razão Social:	COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP
CPF/CNPJ:	05.626.896/0001-32
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE D
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	03/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	310,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	310,00
Valor Pago (R\$):	310,00

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:56:12
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	074329262
Chave de segurança:	VQ8ATXGTR64WRHVX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

Recebemos de COMERCIAL RUZALEM os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

DATA DO RECEBIMENTO

/ /

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1) 00007381
(01)028-FATURADO

Ass.: _____

45.349.461/0001-02
Valor do documento: 310,00

NF-e
Nº 105.540
Série 001

COMERCIAL RUZALEM LTDA


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

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 105.540
SÉRIE 001
FOLHA 1/1


CHAVE DE ACESSO
3524 0905 6268 9600 0132 5500 1000 1055 4014 3277 1273
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241969663384 05/09/2024 13:38:46

INSCRIÇÃO ESTADUAL
714090927111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
05.626.896/0001-32

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1) 00007381

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
05/09/2024

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA SAÍDA
05/09/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX
(19)3848-3554

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
13:38:42

LOCAL ENTREGA

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

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

DUPLICATAS

Número 001

Vencimento 03/10/2024

Valor R\$ 310,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00		0,00		0,00		0,00		310,00
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		310,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
4

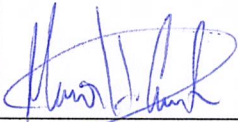
ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

CÓDIGO PRODUTO		DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. %	
													ICMS	IPI
00573		PAPEL T INT 2 DB BRANCO RUZALEM C/1000 (CX5) 04131	48182000	060	5405	PC	20,00	15,50	310,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA  05/09														

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: 008 - EDUARDO
Cond.Pag: 01028 - BOLETO 28 DIAS
PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011386-PD
**** VEM RETIRAR ****
Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 56,45 Federal / R\$ 37,20 Estadual - Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.							Vencimento 03/10/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152							Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 05/09/2024	Nº do Documento 000000105540A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 05/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013740-4		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda R\$ 310,00		
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)							(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 1.02 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6.20							(-) Outras Deduções
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105540A-NF							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista:							109/00013740-4
							Autenticação

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01374.040135 65530.470007 1 98580000031000			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.							Vencimento 03/10/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152							Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 05/09/2024	Nº do Documento 000000105540A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 05/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013740-4		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda R\$ 310,00		
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)							(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 1.02 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6.20							(-) Outras Deduções
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000105540A-NF							(+) Mora/Multa/Juros
							(+) Outros Acréscimos
							(=) Valor Cobrado
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP							45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista:							109/00013740-4
							Autenticação mecânica / Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09024 02321.352730 11486.030007 7 98580000024700
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
Nome/Razão Social:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
CPF/CNPJ:	13.254.314/0001-62
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	03/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	247,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	247,00
Valor Pago (R\$):	247,00

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:56:28
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	074329463
Chave de segurança:	U8EC5WJM198T01T1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

& Papel Plástico Cia

embalagens - plásticos - impressão

Papel, Plastico Itupeva LTDA
Avenida Francisco Nakasato - 1355
São Roque da Chave
Itupeva
13295458
11- 4591-7800
www.papelplasticoecia.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 1828050
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO

3524 0913 2543 1400 0162 5500 1001 8280 5010 3924 0803

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
135241969270402 05/09/2024 12:57:20-03:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda Merc.Adq.Terc.
INSCRIÇÃO ESTADUAL
388016300112
INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA
CNPJ
13.254.314/0001-62

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO Nº COMPLEMENTO
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50
MUNICÍPIO CEP FONE/FAX UF
GARÇA 17402-064 1435325198 SP

FATURA / DUPLICATA
DUZENTOS E QUARENTA E SETE REAIS
TABELA DE PAGAMENTO
NÚMERO VENCIMENTO VALOR NÚMERO VENCIMENTO VALOR NÚMERO VENCIMENTO VALOR
001 03/10/2024 247,00
CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS VALOR DO ICMS BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00 0,00 0,00 0,00 247,00
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 0,00 247,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL FRETE POR CONTA CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF
PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA 0 - Remetente
ENDEREÇO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA FRANCISCO NAKASATO 1355 ANEXO I ITUPEVA SP 388016300112
QUANTIDADE ESPÉCIE MARCA NUMERO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO
1 23,065 23,065
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS
CÓD. PROD. DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS NCM/SH CSOSN CFOP UNID QUANTIDADE V. UNITÁRIO V. TOTAL BC ICMS V. ICMS V. IPI ALÍQUOTA ICMS IPI
23608 PAPEL SULFITE A4 REPORT 75GR C/500 48025610 0 60 5405 CX10 1.0000 247,0000 247,00 0,00 0,00 0,00 0,00
Vlr ICMS ST Ult Entr: 31.21, Base ICMS ST Ult Entr: 303.15, ICMS OP.Proprio: 23.35, Base ICMS OP.Proprio: 0.00
CÁLCULO DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS BASE DE CÁLCULO DO ISSQN VALOR DO ISSQN
34000006355
DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MERCADORIA DESTINADA A USO E CONSUMO. Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira -
NroCarga: 379810 - Representante: 3 - NroPedido: 2405928 - Forma Pagto: BOLETO Vlr ICMS ST Ult Entr: 31.21, Base ICMS ST Ult Entr: 303.15, Vlr ICMS Op Propria Ult Entr: 23.35, Aliq. ST Distrib: 18.00 - RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63 - JARDIM LAGO AZUL II Cep: 13294394 - LOUVEIRA - SP - Valor Aprox. dos Tributos R\$ 57.21(23.16%) *****Acesse nosso catalogo - www.papelplasticoecia.com.br/catalogo/Catalogo.pdf*****
RESERVADO AO FISCO
LIBERADO
05/09/2024

NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO
APÓS O VENCIMENTO COBRAR 0,64 POR DIA DE ATRASO
APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA -
APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.
DATA LIMITE DESCONTO: DESCONTO:
1828050/ 1

341-7

Recibo do Sacado

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ					03/10/2024	
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ						
Beneficiário					Agência/Código Cedente	
PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62					2731/14860-3	
Data do Documento		Num. do Documento		Nosso Número		
05/09/2024		1828050/1		109/02023213-5		
Espécie Doc.		Aceite				
DM		N				
Data do Processamento		Quantidade		Valor		
05/09/2024						
Uso do Banco		Carteira		Espécie		
		109		R\$		
					(-) Valor do Documento	
					247,00	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente.) PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Pagador					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402064 WILLIAMS GARCA SP						
Sacador/Avalista						

Autenticação Mecânica

341-7

34191.09024 02321.352730 11486.030007 7 98580000024700

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ					03/10/2024	
APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ						
Beneficiário					Agência/Código Cedente	
PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62					2731/14860-3	
Data do Documento		Num. do Documento		Nosso Número		
05/09/2024		1828050/1		109/02023213-5		
Espécie Doc.		Aceite				
DM		N				
Data do Processamento		Quantidade		Valor		
05/09/2024						
Uso do Banco		Carteira		Espécie		
		109		R\$		
					(-) Valor do Documento	
					247,00	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente.) PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros Acréscimos	
					(-) Valor Cobrado	
Pagador					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402064 WILLIAMS GARCA SP						
Sacador/Avalista						

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.09024 02372.822730 11486.030007 7 98580000222300
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
Nome/Razão Social:	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA
CPF/CNPJ:	13.254.314/0001-62
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	03/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.223,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.223,00
Valor Pago (R\$):	2.223,00

Data/hora da operação: 30/09/2024 16:56:48

Código da operação: 074329686

Chave de segurança: MUCTV2Q312WMW3AK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

341-7

Recibo do Sacado

Local de Pagamento					ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAU		Vencimento 03/10/2024				
Beneficiário PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62					Agência/Código Cedente 2731/14860-3						
Data do Documento 05/09/2024		Num. do Documento 1828488/1		Espécie Doc. DM		Aceite N		Data do Processamento 05/09/2024		Nosso Número 109/02023728-2	
Uso do Banco		Carteira 109		Espécie R\$		Quantidade		Valor		(-) Valor do Documento 2.223,00	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente.) PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO APÓS O VENCIMENTO COBRAR 5,78 POR DIA DE ATRASO APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA - APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.										(-) Desconto/Abatimento	
										(-) Outras Deduções	
										(+ Mora/Multa	
										(+) Outros Acréscimos	
										(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 17402064 WILLIAMS GARCA SP					CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Sacador/Avalista											

Autenticação Mecânica

341-7

34191.09024 02372.822730 11486.030007 7 98580000222300

Local de Pagamento					ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAU APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAU		Vencimento 03/10/2024				
Beneficiário PAPEL, PLASTICO ITUPEVA LTDA - CNPJ: 13.254.314/0001-62					Agência/Código Cedente 2731/14860-3						
Data do Documento 05/09/2024		Num. do Documento 1828488/1		Espécie Doc. DM		Aceite N		Data do Processamento 05/09/2024		Nosso Número 109/02023728-2	
Uso do Banco		Carteira 109		Espécie R\$		Quantidade		Valor		(-) Valor do Documento 2.223,00	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente.) PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO PARA PAGAMENTO DESTE TÍTULO APÓS O VENCIMENTO COBRAR 5,78 POR DIA DE ATRASO APÓS 01 DIA ÚTIL A VENDA SERÁ BLOQUEADA - APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO CARTÓRIO AUTOMÁTICO.										(-) Desconto/Abatimento	
										(-) Outras Deduções	
										(+ Mora/Multa	
										(+) Outros Acréscimos	
										(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 17402064 WILLIAMS GARCA SP					CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Sacador/Avalista											

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	03399.01571 11500.000002 17559.501014 8 98580000069000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
Nome/Razão Social:	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E
CPF/CNPJ:	44.672.062/0001-15
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	03/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	690,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	690,00
Valor Pago (R\$):	690,00

Data/hora da operação: 30/09/2024 16:57:03

Código da operação: 074329938

Chave de segurança: 795N3ZYJ75X1A2Z3

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 05/09/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 690,00

NF-e

Nº 000.024.673

Série 001

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DIPHA DISTRIBUIDORA
PHARMACEUTICA LTDA

RUA DOUTOR JORGE LOBATO, 1410 - VILA TIBERIO -
RIBEIRAO PRETO - SP - CEP: 14050-110
Fone: (16)3771-5458

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.024.673

Série 001

Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 0944 6720 6200 0115 5500 1000 0246 7310 0254 9332

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135241972313834 05/09/2024 17:59:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797833036116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ CPF

44.672.062/0001-15

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

05/09/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 050

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA

MUNICÍPIO

GARÇA

UF

SP

TELEFONE / FAX

(16)99228-8028

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA LUIZ MARTINS CRUZ 063

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM LAGO AZUL II

CEP

13294-394

MUNICÍPIO

LOUVEIRA

UF

SP

TELEFONE / FAX

FATURA

DADOS DA FATURA

Número: 24673 - Valor Original: R\$ 690,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - ValorLiquido: R\$ 690,00

PARCELAS

Número : 001

Vencimento : 03/10/2024

Valor : R\$ 690,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
690,00	82,80	0,00	0,00	175,60 (25,45 %)	690,00
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	690,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI

FRETE POR CONTA

0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

12.270.745/0004-00

ENDEREÇO

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

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

671495090114

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. %	
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO												ICMS	IPI
386	SUCCINATO SODICO DE HIDROCORTISONA 100 MG PO INJ CX FA VD TRANS X 50 BLAU G+ C.P. ANVISA 1163701050012 PMC: R\$292,43 LOTE: 24070809 QTD: 4,00 FAB: 28/06/2024 VAL: 30/06/2026	30043210	500	5102	CX	4,00	172,5000	0,00	690,00	690,00	82,80	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 92,80 Estadual: R\$ 82,80 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT_(A) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL.
ALÍQUOTA ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO RICMS/SP-2000_Regime Especial - 100320/2022 - Portaria CAT no 116/2017
ROTA: ENTREGA 1 DIA
PEDIDO BIONEXO 360271821_CONTATO ANDERSON_Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira_PEDIDO DE COMPRA:PDC#360271821#BIONEXO_Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 254828_ATENDIMENTO (16) 3771-5458_DEVOLUCAO DE MERCADORIA NO PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS_AFE 3.11280-6_AFE 4.04495-0_AFE 1.27329-6_AE 1.27330-8

RESERVADO AO FISCO



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115	Data do Documento 05/09/2024	Vencimento 03/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 24673-01	Nosso Número: 0017559	Valor do Documento: 690,00

Autenticação Mecânica



033-0

03399.01571 11500.000002 17559.501014 8 98580000069000

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 03/10/2024
Beneficiário DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15					Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115
Data do documento: 05/09/2024	No. do documento 24673-01	Espécie doc. DM	Accite N	Data Processamento 25/09/2024	Nosso Número 0017559-5
Uso do Banco	Carteira 101	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 690,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R\$ 0,46 AO DIA					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

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

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	3104 003 00000525-6

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.57007 00034.114801 79806.040006 1 98580000331800
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MAX CLEAN
Nome/Razão Social:	MAX CLEAN
CPF/CNPJ:	48.618.624/0001-01
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEF BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	03/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/09/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.318,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.318,00
Valor Pago (R\$):	3.318,00

Data/hora da operação:	30/09/2024 16:57:18
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	074330624
Chave de segurança:	5HYHLKUY605ER59J

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

RECEBEMOS DE MAX CLEAN DISTRIBUIDORA LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.234 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

MAX CLEAN DISTRIBUIDORA LTDA RUA GALEAO, 165 - SALA COMERCIAL JD SANTO ANTONIO /CALIFORNIA BARUERI/SP CEP: 06408-050 TEL: (11) 4198-6858	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.000.234 SÉRIE :1 FOLHA:1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3524 0948 6186 2400 0101 5500 1000 0002 3414 6736 8295 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros em op		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135241971818183 - 2024-09-05T17:03:31-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 206825253111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 48.618.624/0001-01

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 05/09/2024
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	SALA 03	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16.400-400
MUNICÍPIO Lins	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE SAÍDA 17:03:31

FATURA/DUPPLICATA

Número	Data Vcto.	Valor
001	03/10/2024	3.318,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.318,00		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS 1.148,03	VALOR TOTAL DA NOTA 3.318,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE 280	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

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	ALÍQUOTAS ICMS	IPÍ	VALOR TOTAL IMPOSTOS
5677	P T INTER 2DB 20X21 CELULOSE INSTITUCIONAL SP7	48182000	0400	5405	PT	280,0000	11,850000	3.318,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.148,03

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
Cidade Louveira-SP
Endereço de entrega: Rua Luiz Martins Cruz numero 63 Jardim Lago Azul CEP 13.294-394

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a credito fiscal de ipi. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIB. ART 313 E-G-H-K-Q-S-U-W-Z DO RICMS Trib aprox R\$: 550,79 Federal, 597,24 Estadual e 0,00 Municipal - Fofte: IBPT B357E1 Observações destinadas ao Fisco:	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

RECIBO DO PAGADOR

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 00034.114801 79806.040006 1 98580000331800	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 03/10/2024
Beneficiário MAX CLEAN RUA GALEAO, 165, SALA COMER, 06408050 - VILA MORELLATO - BARUERI - SP CNPJ/CPF: 48.618.624/0001-01					Agência/Código Beneficiário 4807/98060-4
Data do documento 17/09/2024	Núm. do documento 234-1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 17/09/2024	Nosso Número 157 / 00000341 - 1
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.318,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 2,00%					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEF BRASIL AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3, 16400400 - JD ARIANO - LINS - SP Beneficiário final:					CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 00034.114801 79806.040006 1 98580000331800	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 03/10/2024
Beneficiário MAX CLEAN RUA GALEAO, 165, SALA COMER, 06408050 - VILA MORELLATO - BARUERI - SP CNPJ/CPF: 48.618.624/0001-01					Agência/Código Beneficiário 4807/98060-4
Data do documento 17/09/2024	Núm. do documento 234-1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 17/09/2024	Nosso Número 157 / 00000341 - 1
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.318,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 5,00% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 2,00%					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEF BRASIL AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3, 16400400 - JD ARIANO - LINS - SP Beneficiário final:					CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:



Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685(demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itaui.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722

RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA
(Banco) (Conta Corrente)

MÊS	1 SALDO ANTERIOR	2 APLICAÇÃO (+)	3 RESGATES (-)	4 RESULTADO (2-3)	5 SALDO FINAL (-)	6 RENTABILIDADE (5-4)
janeiro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
fevereiro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
março-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
abril-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
maio-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
junho-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
julho-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
agosto-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
setembro-24	0,00	990.945,41	804.592,51	186.352,90	188.191,72	1.838,82
outubro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
novembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
dezembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL		990.945,41	804.592,51			1.838,82

RESUMO:	
SALDO ANTERIOR	0,00
TOTAL DE APLICAÇÕES	990.945,41
TOTAL DE RESGATES	804.592,51
SALDO FINAL	188.191,72
TOTAL DE RENTABILIDADE	1.838,82

Louveira, 30 de Setembro de 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRÉSIDENTE

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA - 2024
(Banco 104) (Conta Corrente 003.00000525-6)

<u>POSIÇÃO CONTÁBIL</u>			
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
01/09/2024	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
30/09/2024	CONVÊNIO RECEBIDO NO EXERCÍCIO	990.945,41	990.945,41
30/09/2024	RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	1.838,82	992.784,23
30/09/2024	TOTAL DE DESPESAS PAGAS EM 2024	-804.592,51	188.191,72
=	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	188.191,72
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
30/09/2024	Crédito de Recursos Próprios	0,00	0,00
30/09/2024	Débito Indevido	0,00	0,00
30/09/2024	Débitos - Tarifas Bancárias	0,00	0,00
=	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
POSIÇÃO DOS SALDOS		INICIAL	FINAL
	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	188.191,72
	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
=	SALDO TOTAL	0,00	188.191,72

<u>POSIÇÃO FINANCEIRA - EXTRATO BANCÁRIO</u>			
SALDO INICIAL 2024			
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - C/C		0,00
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - APLICAÇÃO FINANCEIRA		0,00
=	SALDO INICIAL DE 2024		0,00
SALDO FINAL 2024			
31/07/2024	SALDO FINAL C/C		0,00
31/07/2024	SALDO FINAL - APLICAÇÃO FINANCEIRA		188.191,72
=	SALDO TOTAL EM BANCO		188.191,72

Louveira, 30 de Setembro 2024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

RELAÇÃO DETALHADA DAS DESPESAS REALIZADAS

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
1	11/09/2024	N.F. 3	ODONTO SORRISO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 5.600,00	R\$ -	R\$ 5.600,00	128.962
2	11/09/2024	N.F. 4	BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 12.482,05	R\$ -	R\$ 12.482,05	129.245
3	11/09/2024	N.F. 2	DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.300,00	R\$ -	R\$ 6.300,00	129.442
4	11/09/2024	N.F. 3	LARISSA GALVÃO ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.300,00	R\$ -	R\$ 6.300,00	129.728
5	11/09/2024	N.F. 958	EDNALDO NOGUEIRA SANTANA	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 42.801,29	R\$ -	R\$ 42.801,29	129.998
6	11/09/2024	N.F. 47	ELAINE R DE OLIVEIRA NEGOCIOS	SERVIÇOS DE LIMPEZA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 49.500,00	R\$ -	R\$ 49.500,00	130.136
7	11/09/2024	FAT. 104/24	TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA	SERVIÇOS DE LAVANDERIA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 9.000,42	R\$ -	R\$ 9.000,42	130.456
8	11/09/2024	RECIBO 098	GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12.000,00	R\$ -	R\$ 12.000,00	130.635
9	11/09/2024	N.F. 19	GILENE FERNANDES DE SOUSA	SERVIÇOS DE COLETA E ENTREGA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 8.899,00	R\$ -	R\$ 8.899,00	130.775
10	11/09/2024	N.F. 3	FC SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 8.400,00	R\$ -	R\$ 8.400,00	130.950
11	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	128.962
12	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.245
13	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.442
14	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.728
15	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.998
16	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.136
17	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.456
18	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.635
19	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.775
20	11/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.950
21	16/09/2024	N.F. 4.563	INTEGRAL NUTRI ALIMENTAÇÃO E SERVIÇOS EIRELI	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 23.549,66	R\$ -	R\$ 23.549,66	193.936

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
22	16/09/2024	N.F. 4.563	INTEGRAL NUTRI ALIMENTAÇÃO E SERVIÇOS EIRELI	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 518,06		R\$ 518,06	193.936
23	16/09/2024	N.F. 41	ELETROSAT COM. E PREST. DE SERVIÇOSEM AP. ELETRONICO LTDA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO ELETRÔNICO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 290,00	R\$ -	R\$ 290,00	194.600
24	16/09/2024	FAT. 1.850	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	LOCAÇÃO DE CILINDROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 810,00	R\$ -	R\$ 810,00	195.312
25	16/09/2024	N.F. 3.235	MEDICINALLI PRODUTOS MÉDICO HOSPITALARES LTDA	AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R\$ 2.180,00	R\$ -	R\$ 2.180,00	196.206
26	16/09/2024	N.F. 265	SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA	INSUMOS PARA DETETIZAÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 220,00	R\$ -	R\$ 220,00	197.452
27	16/09/2024	N.F. 4.117	SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA	SERVIÇOS DE DETETIZAÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 330,00		R\$ 330,00	
27	16/09/2024	N.F. 13.153	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 960,00	R\$ -	R\$ 960,00	198.801
28	16/09/2024	N.F. 1.494	CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 314,40	R\$ -	R\$ 314,40	199.556
29	16/09/2024	N.F. 7.045	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 60,00	R\$ -	R\$ 60,00	200.228
31	16/09/2024	N.F. 16.635	ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIÊNICO E DESCARTAVEIS LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 371,40	R\$ -	R\$ 371,40	201.043
32	16/09/2024	N.F. 104.958	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 585,90	R\$ -	R\$ 585,90	201.998
33	16/09/2024	N.F. 187.901	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 930,00	R\$ -	R\$ 930,00	202.533
34	16/09/2024	N.F. 13.205	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 960,00	R\$ -	R\$ 960,00	203.192
35	16/09/2024	N.F. 4.551	INTEGRAL NUTRI ALIMENTAÇÃO E SERVIÇOS EIRELI	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 22.585,04	R\$ -	R\$ 22.585,04	204.296
36	16/09/2024	RECIBO 35.348	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 20.400,00	R\$ -	R\$ 20.400,00	206.267
37	16/09/2024	N.F.105.004	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 119,60	R\$ -	R\$ 119,60	207.307
38	16/09/2024	TERMO DE RESCISÃO	MARCELLA DE AZEVEDO LUZ	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 5.998,67	R\$ -	R\$ 5.998,67	117.251
39	16/09/2024	N.F. 503	LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 333.871,37	R\$ -	R\$ 333.871,37	129.233
40	16/09/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 336,59	R\$ -	R\$ 336,59	161.206
41	16/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	117.251
42	16/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.233
43	16/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.316

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
44	20/09/2024	FAT. 9.368	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 24.567,80	R\$ -	R\$ 24.567,80	202.997
45	20/09/2024	N.F. 15.493	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	SERVIÇO DE FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1,00		R\$ 1,00	202.997
45	20/09/2024	RESUMO DA FOLHA	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 26.825,43	R\$ -	R\$ 26.825,43	137.625
46	20/09/2024	RESUMO DA FOLHA	INSS	RECOLHIMENTO DE INSS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 33.042,56	R\$ -	R\$ 33.042,56	137.749
47	20/09/2024	RESUMO DA FOLHA	IRR FOLHA	IRRF - PF	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 12.126,00	R\$ -	R\$ 12.126,00	137.814
49	20/09/2024	RELAÇÃO	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PIS/COFINS/CSLL	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 35.765,48	R\$ -	R\$ 35.765,48	137.886
50	20/09/2024	RELAÇÃO	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PIS/COFINS/CSLL	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 139,50	R\$ -	R\$ 139,50	137.886
51	20/09/2024	RELAÇÃO	IRRF	IRRF - PJ	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 11.537,25	R\$ -	R\$ 11.537,25	137.982
52	20/09/2024	RELAÇÃO	IRRF	IRRF - PJ	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 45,00	R\$ -	R\$ 45,00	137.982
53	20/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.625
54	20/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.749
55	20/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.814
56	20/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.886
57	20/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.982
58	25/09/2024	N.F. 13.299	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 480,00	R\$ -	R\$ 480,00	125.597
59	25/09/2024	N.F. 13.299	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 1,25	R\$ -	R\$ 1,25	125.597
60	25/09/2024	N.F. 105.231	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 697,80	R\$ -	R\$ 697,80	125.719
61	25/09/2024	N.F. 566.120	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.244,84	R\$ -	R\$ 1.244,84	125.863
62	25/09/2024	N.F. 566.131	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 2.111,80	R\$ -	R\$ 2.111,80	125.947
63	25/09/2024	FAT. 058	CPS COMERCIAL DE MAT.EQUIP.MEDICOS IMPOST EXPORT LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 600,00	R\$ -	R\$ 600,00	126.230
64	25/09/2024	N.F. 189.514	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 594,31	R\$ -	R\$ 594,31	126.582

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
65	25/09/2024	N.F. 189.510	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.759,90	R\$ -	R\$ 1.759,90	126.680
66	25/09/2024	N.F. 24.428	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.897,00	R\$ -	R\$ 1.897,00	126.799
67	25/09/2024	N.F. 131.975	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 7.214,32	R\$ -	R\$ 7.214,32	127.225
68	25/09/2024	N.F. 7.315	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 80,00	R\$ -	R\$ 80,00	127.341
69	25/09/2024	FATURA	TELEFONICA BRASIL S.A	TELEFONIA	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 63,57	R\$ -	R\$ 63,57	952.885
70	25/09/2024	FATURA	TELEFONICA BRASIL S.A	TELEFONIA	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 90,40	R\$ -	R\$ 90,40	952.913
71	25/09/2024	FATURA	TELEFONICA BRASIL S.A	TELEFONIA	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 65,37	R\$ -	R\$ 65,37	953.264
72	25/09/2024	N.F. 149.730.577	CPFL ENERGIA	ENERGIA ELÉTRICA	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 857,41	R\$ -	R\$ 857,41	953.305
73	25/09/2024	FAT. 80.915	SITCON TECNOLOGIA E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 15.065,00	R\$ -	R\$ 15.065,00	118.973
74	25/09/2024	N.F. 711	WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP	SERVIÇOS DE LABORATÓRIO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 10.933,89	R\$ -	R\$ 10.933,89	119.137
75	25/09/2024	TERMO DE RESCISÃO	ROSANGELA DE FRANÇA COUTINHO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.751,41	R\$ -	R\$ 1.751,41	251.407
76	25/09/2024	N.F. 02	PMP PRODUTOES MEDICOS PAULISTA LTDA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R\$ 19.814,00	R\$ -	R\$ 19.814,00	251.408
77	25/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	118.973
78	25/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	119.137
79	25/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 69,00	R\$ -	R\$ 69,00	0
80	25/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00	R\$ -	R\$ 2,00	140
81	25/09/2024	EXTRATO	TARIFAS BANCÁRIAS	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00	R\$ -	R\$ 2,00	140
82	30/09/2024	N.F. 16.754	LABWAY DIAGNOSTICA COMERCIO E REPRESENTACOES EPP	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 3.380,00	R\$ -	R\$ 3.380,00	324.699
83	30/09/2024	N.F. 790.103	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 737,46	R\$ -	R\$ 737,46	324.920
84	30/09/2024	N.F. 790.064	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 669,33	R\$ -	R\$ 669,33	325.168

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
85	30/09/2024	N.F. 710.695	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 2.258,41	R\$ -	R\$ 2.258,41	327.584
86	30/09/2024	N.F. 710.658	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.797,66	R\$ -	R\$ 1.797,66	327.829
87	30/09/2024	N.F. 1.827.478	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 839,65	R\$ -	R\$ 839,65	328.070
88	30/09/2024	N.F.105.501	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 742,40	R\$ -	R\$ 742,40	328.390
89	30/09/2024	N.F.320.559	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.020,86	R\$ -	R\$ 1.020,86	329.039
90	30/09/2024	N.F. 105.540	COMERCIAL RUZALEM LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 310,00	R\$ -	R\$ 310,00	329.262
91	30/09/2024	N.F. 1.828.050	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 247,00	R\$ -	R\$ 247,00	329.463
92	30/09/2024	N.F. 1.828.488	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 2.223,00	R\$ -	R\$ 2.223,00	329.686
93	30/09/2024	N.F. 24.673	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 690,00	R\$ -	R\$ 690,00	329.938
94	30/09/2024	N.F. 234	MAX CLEAN DISTRIBUIDORA LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 3.318,00	R\$ -	R\$ 3.318,00	330.624
						R\$ -	R\$ -	R\$ -	
MÊS					TOTAL DE DESPESAS			R\$ 804.592,51	
					DESPESAS - RECURSO MUNICIPAL			R\$ 804.592,51	
					DESPESAS - RECURSOS PRÓPRIOS			R\$ -	