

ANEXO RP-06 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR

DEMONSTRATIVO INTEGRAL DE RECEITAS E DESPESAS
CONTRATO DE GESTÃO

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

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

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA REPASSE	VALORES PREVISTOS (R\$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOC DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R\$)
05/07/2024	R\$ 1.499.621,90			
05/08/2024	R\$ 1.499.621,90			
05/09/2024	R\$ 1.499.621,90	06/09/2024	100.000	R\$ 990.945,41
05/10/2024	R\$ 1.499.621,90	22/10/2024	1	R\$ 800.000,00
		30/10/2024	1	R\$ 699.934,90
(A) SALDO DO EXERÍCIO ANTERIOR				R\$ -
(B) REPASSES RECEBIDOS NO EXERCÍCIO				R\$ 2.490.880,31
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				R\$ 3.367,51
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE				R\$ -
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D)				R\$ 2.494.247,82
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE PARCEIRA				R\$ -
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)				R\$ 2.494.247,82

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\$ 1.077.750,02	R\$ -	R\$ 1.077.750,02	R\$ 1.077.750,02	R\$ -
MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 79.166,88	R\$ -	R\$ 79.166,88	R\$ 79.166,88	R\$ -
MATERIAIS E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 123.265,24	R\$ -	R\$ 123.265,24	R\$ 123.265,24	R\$ -
SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$ 488.552,98	R\$ -	R\$ 488.552,98	R\$ 488.552,98	R\$ -
UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 2.670,83	R\$ -	R\$ 2.670,83	R\$ 2.670,83	R\$ -
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	R\$ 28.058,22		R\$ 28.058,22	R\$ 28.058,22	R\$ -
COOPORTATIVOS	R\$ 32.000,00	R\$ -	R\$ 32.000,00	R\$ 32.000,00	R\$ -
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R\$ 21.994,00	R\$ -	R\$ 21.994,00	R\$ 21.994,00	R\$ -
TOTAL	R\$ 1.853.458,17	R\$ -	R\$ 1.853.458,17	R\$ 1.853.458,17	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\$ 2.867,95	R\$ -	R\$ 2.867,95	R\$ 2.867,95	R\$ -
TOTAL	R\$ 2.867,95	R\$ -	R\$ 2.867,95	R\$ 2.867,95	R\$ -

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$ 2.494.247,82
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$ 1.856.326,12
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	R\$ 637.921,70
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	R\$ -
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)	R\$ 637.921,70

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

Louveira, 31 de Outubro 2.024

JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE



Extrato por período

Cliente: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta: 3104 | 1292 | 000578032686-6

Data: 03/11/2024 - 15:55

Mês: Outubro/2024

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
01/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 D	0,00 D
02/10/2024	452304	FOL PAGTO	1,00 D	1,00 D
02/10/2024	727220	RESG AUTOM	1,00 C	0,00 D
02/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 D	0,00 D
03/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 D	0,00 D
04/10/2024	150482	DEVOL TED	6.443,35 C	6.443,35 C
04/10/2024	053581	PAG BOLETO	440,00 D	6.003,35 C
04/10/2024	053666	PAG BOLETO	327,00 D	5.676,35 C
04/10/2024	053807	PAG BOLETO	1.219,60 D	4.456,75 C
04/10/2024	116780	ENVIO TED	537,03 D	3.919,72 C
04/10/2024	150482	ENVIO TED	6.443,35 D	2.523,63 D
04/10/2024	041357	ENVIO TEV	3.670,05 D	6.193,68 D
04/10/2024	041615	ENVIO PIX	923,16 D	7.116,84 D
04/10/2024	116780	DOC/TED IN	12,00 D	7.128,84 D
04/10/2024	150482	DOC/TED IN	12,00 D	7.140,84 D
04/10/2024	000140	TR TEV IBC	2,00 D	7.142,84 D
04/10/2024	727220	RESG AUTOM	7.142,84 C	0,00 D
04/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 D	0,00 D
07/10/2024	525125	ENVIO TED	6.443,35 D	6.443,35 D
07/10/2024	525125	TAR TED IN	12,00 D	6.455,35 D
07/10/2024	000000	RESG AUT	6.455,35 C	0,00 C
07/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
08/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
09/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
10/10/2024	564029	ENVIO TED	40.940,00 D	40.940,00 D
10/10/2024	564029	TAR TED IN	12,00 D	40.952,00 D
10/10/2024	316511	ENVIO TED	1.409,80 D	42.361,80 D

10/10/2024	316511	TAR TED IN	12,00 D	42.373,80 D
10/10/2024	409997	ENVIO TED	201,80 D	42.575,60 D
10/10/2024	409997	TAR TED IN	12,00 D	42.587,60 D
10/10/2024	510276	ENVIO TED	191,36 D	42.778,96 D
10/10/2024	510276	TAR TED IN	12,00 D	42.790,96 D
10/10/2024	529675	ENVIO TED	209,80 D	43.000,76 D
10/10/2024	529675	TAR TED IN	12,00 D	43.012,76 D
10/10/2024	042773	ENVIO TED	2.000,00 D	45.012,76 D
10/10/2024	042773	TAR TED IN	12,00 D	45.024,76 D
10/10/2024	101537	PAG BOLETO	1.980,00 D	47.004,76 D
10/10/2024	510276	DEV. TED	191,36 C	46.813,40 D
10/10/2024	101537	PAG BOLETO	997,98 D	47.811,38 D
10/10/2024	101537	PAG BOLETO	2.676,00 D	50.487,38 D
10/10/2024	101538	PAG BOLETO	575,82 D	51.063,20 D
10/10/2024	101538	PAG BOLETO	514,63 D	51.577,83 D
10/10/2024	101538	PAG BOLETO	569,39 D	52.147,22 D
10/10/2024	101539	PAG BOLETO	1.100,64 D	53.247,86 D
10/10/2024	101539	PAG BOLETO	290,81 D	53.538,67 D
10/10/2024	101539	PAG BOLETO	2.229,35 D	55.768,02 D
10/10/2024	101539	PAG BOLETO	3.365,13 D	59.133,15 D
10/10/2024	101540	PAG BOLETO	415,16 D	59.548,31 D
10/10/2024	101540	PAG BOLETO	1.467,27 D	61.015,58 D
10/10/2024	101540	PAG BOLETO	480,00 D	61.495,58 D
10/10/2024	101550	PAG BOLETO	110,00 D	61.605,58 D
10/10/2024	101551	PAG BOLETO	140,00 D	61.745,58 D
10/10/2024	101551	PAG BOLETO	160,00 D	61.905,58 D
10/10/2024	101551	PAG BOLETO	140,00 D	62.045,58 D
10/10/2024	101551	PAG BOLETO	140,00 D	62.185,58 D
10/10/2024	318334	ENVIO TED	690,00 D	62.875,58 D
10/10/2024	318334	TAR TED IN	12,00 D	62.887,58 D
10/10/2024	102034	PAG BOLETO	55,00 D	62.942,58 D
10/10/2024	102035	PAG BOLETO	1.150,32 D	64.092,90 D
10/10/2024	102035	PAG BOLETO	3.290,00 D	67.382,90 D
10/10/2024	102036	PAG BOLETO	226,80 D	67.609,70 D
10/10/2024	102036	PAG BOLETO	616,00 D	68.225,70 D
10/10/2024	102036	PAG BOLETO	119,00 D	68.344,70 D
10/10/2024	102037	PAG BOLETO	480,00 D	68.824,70 D
10/10/2024	000000	RESG AUT	68.824,70 C	0,00 C

10/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
11/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
14/10/2024	141540	PG ORG GOV	12.186,38 D	12.186,38 D
14/10/2024	405885	ENVIO TED	690,00 D	12.876,38 D
14/10/2024	405885	TAR TED IN	12,00 D	12.888,38 D
14/10/2024	554740	ENVIO TED	490,00 D	13.378,38 D
14/10/2024	554740	TAR TED IN	12,00 D	13.390,38 D
14/10/2024	554740	DEV. TED	490,00 C	12.900,38 D
14/10/2024	141541	PAG BOLETO	1.462,12 D	14.362,50 D
14/10/2024	141542	PAG BOLETO	535,00 D	14.897,50 D
14/10/2024	912411	ENVIO TED	244,80 D	15.142,30 D
14/10/2024	912411	TAR TED IN	12,00 D	15.154,30 D
14/10/2024	242337	ENVIO TED	191,36 D	15.345,66 D
14/10/2024	242337	TAR TED IN	12,00 D	15.357,66 D
14/10/2024	397724	ENVIO TED	285,40 D	15.643,06 D
14/10/2024	397724	TAR TED IN	12,00 D	15.655,06 D
14/10/2024	242337	DEV. TED	191,36 C	15.463,70 D
14/10/2024	141545	PAG BOLETO	410,00 D	15.873,70 D
14/10/2024	141547	PAG BOLETO	550,00 D	16.423,70 D
14/10/2024	141547	PAG BOLETO	1.194,80 D	17.618,50 D
14/10/2024	141547	PAG BOLETO	2.764,96 D	20.383,46 D
14/10/2024	141547	PAG BOLETO	952,90 D	21.336,36 D
14/10/2024	141548	PAG BOLETO	328,70 D	21.665,06 D
14/10/2024	141548	PAG BOLETO	72,00 D	21.737,06 D
14/10/2024	141548	PAG BOLETO	429,00 D	22.166,06 D
14/10/2024	141549	PAG BOLETO	1.947,00 D	24.113,06 D
14/10/2024	141549	PAG BOLETO	416,90 D	24.529,96 D
14/10/2024	141549	PAG FONE	194,13 D	24.724,09 D
14/10/2024	141550	PAG FONE	149,93 D	24.874,02 D
14/10/2024	141551	PAG BOLETO	100,00 D	24.974,02 D
14/10/2024	141606	ENV PIX CH	688,39 D	25.662,41 D
14/10/2024	141606	TAR PIX	6,12 D	25.668,53 D
14/10/2024	599289	ENVIO TED	191,36 D	25.859,89 D
14/10/2024	599289	TAR TED IN	12,00 D	25.871,89 D
14/10/2024	141611	ENV PIX CH	490,00 D	26.361,89 D
14/10/2024	141611	TAR PIX	4,36 D	26.366,25 D
14/10/2024	000000	RESG AUT	26.366,25 C	0,00 C
14/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C

15/10/2024	909716	ENVIO TED	7.587,00 D	7.587,00 D
15/10/2024	909716	TAR TED IN	12,00 D	7.599,00 D
15/10/2024	009965	ENVIO TED	210,00 D	7.809,00 D
15/10/2024	009965	TAR TED IN	12,00 D	7.821,00 D
15/10/2024	151505	PAG BOLETO	175,50 D	7.996,50 D
15/10/2024	151505	PAG BOLETO	340,00 D	8.336,50 D
15/10/2024	151505	PAG BOLETO	18,88 D	8.355,38 D
15/10/2024	000000	RESG AUT	8.355,38 C	0,00 C
15/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
16/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
17/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
18/10/2024	959682	ENVIO TED	28.870,98 D	28.870,98 D
18/10/2024	959682	TAR TED IN	12,00 D	28.882,98 D
18/10/2024	717779	ENVIO TED	33.397,74 D	62.280,72 D
18/10/2024	717779	TAR TED IN	12,00 D	62.292,72 D
18/10/2024	787448	ENVIO TED	5.060,00 D	67.352,72 D
18/10/2024	787448	TAR TED IN	12,00 D	67.364,72 D
18/10/2024	000001	CRED TED	19.300,00 C	48.064,72 D
18/10/2024	905503	ENVIO TED	11.785,08 D	59.849,80 D
18/10/2024	905503	TAR TED IN	12,00 D	59.861,80 D
18/10/2024	738904	ENVIO TED	11.177,26 D	71.039,06 D
18/10/2024	738904	TAR TED IN	12,00 D	71.051,06 D
18/10/2024	000000	RESG AUT	71.051,06 C	0,00 C
18/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
21/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
22/10/2024	000001	CRED TED	800.000,00 C	800.000,00 C
22/10/2024	000000	APLIC FUND	800.000,00 D	0,00 C
22/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
23/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
24/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
25/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
28/10/2024	461522	ENVIO TED	333.167,50 D	333.167,50 D
28/10/2024	461522	TEDINTERNE	12,00 D	333.179,50 D
28/10/2024	281441	ENVIO TEV	28.666,60 D	361.846,10 D
28/10/2024	281441	TRANSF E/I	2,00 D	361.848,10 D
28/10/2024	583851	ENVIO TED	42.801,29 D	404.649,39 D
28/10/2024	583851	TEDINTERNE	12,00 D	404.661,39 D
28/10/2024	000000	RESG AUT	404.661,39 C	0,00 C

28/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
29/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
30/10/2024	613066	ENVIO TED	1.000,00 D	1.000,00 D
30/10/2024	613066	TEDINTERNE	12,00 D	1.012,00 D
30/10/2024	129076	ENVIO TED	9.000,42 D	10.012,42 D
30/10/2024	129076	TEDINTERNE	12,00 D	10.024,42 D
30/10/2024	172514	ENVIO TED	49.500,00 D	59.524,42 D
30/10/2024	172514	TEDINTERNE	12,00 D	59.536,42 D
30/10/2024	250450	ENVIO TED	2.800,00 D	62.336,42 D
30/10/2024	250450	TEDINTERNE	12,00 D	62.348,42 D
30/10/2024	287862	ENVIO TED	5.600,00 D	67.948,42 D
30/10/2024	287862	TEDINTERNE	12,00 D	67.960,42 D
30/10/2024	336956	ENVIO TED	6.300,00 D	74.260,42 D
30/10/2024	336956	TEDINTERNE	12,00 D	74.272,42 D
30/10/2024	407514	ENVIO TED	9.100,00 D	83.372,42 D
30/10/2024	407514	TEDINTERNE	12,00 D	83.384,42 D
30/10/2024	336956	DEV. TED	6.300,00 C	77.084,42 D
30/10/2024	460585	ENVIO TED	6.300,00 D	83.384,42 D
30/10/2024	460585	TEDINTERNE	12,00 D	83.396,42 D
30/10/2024	517039	ENVIO TED	7.500,00 D	90.896,42 D
30/10/2024	517039	TEDINTERNE	12,00 D	90.908,42 D
30/10/2024	566268	ENVIO TED	11.168,15 D	102.076,57 D
30/10/2024	566268	TEDINTERNE	12,00 D	102.088,57 D
30/10/2024	301045	PAG BOLETO	20.251,07 D	122.339,64 D
30/10/2024	301045	PAG BOLETO	2.815,50 D	125.155,14 D
30/10/2024	301046	PAG BOLETO	4.375,80 D	129.530,94 D
30/10/2024	301047	PAG FONE	1.250,02 D	130.780,96 D
30/10/2024	301047	PAG BOLETO	101,80 D	130.882,76 D
30/10/2024	301048	PAG BOLETO	680,52 D	131.563,28 D
30/10/2024	301048	PAG BOLETO	1.949,33 D	133.512,61 D
30/10/2024	301049	PAG BOLETO	385,16 D	133.897,77 D
30/10/2024	301049	PAG BOLETO	486,25 D	134.384,02 D
30/10/2024	301050	PAG BOLETO	820,55 D	135.204,57 D
30/10/2024	494758	ENVIO TED	15.065,00 D	150.269,57 D
30/10/2024	494758	TEDINTERNE	12,00 D	150.281,57 D
30/10/2024	816093	ENVIO TED	12.799,01 D	163.080,58 D
30/10/2024	816093	TEDINTERNE	12,00 D	163.092,58 D
30/10/2024	301053	PAG BOLETO	3.471,68 D	166.564,26 D

30/10/2024	301054	PAG BOLETO	9.240,89 D	175.805,15 D
30/10/2024	301054	PAG BOLETO	660,20 D	176.465,35 D
30/10/2024	301054	PAG BOLETO	1.125,06 D	177.590,41 D
30/10/2024	301055	PAG BOLETO	4.482,92 D	182.073,33 D
30/10/2024	301055	PAG BOLETO	11.101,72 D	193.175,05 D
30/10/2024	301056	PAG BOLETO	3.523,50 D	196.698,55 D
30/10/2024	301056	PAG BOLETO	679,04 D	197.377,59 D
30/10/2024	301056	PAG BOLETO	4.013,26 D	201.390,85 D
30/10/2024	301056	PAG BOLETO	5.635,81 D	207.026,66 D
30/10/2024	301057	PAG BOLETO	2.718,83 D	209.745,49 D
30/10/2024	301057	PAG BOLETO	719,60 D	210.465,09 D
30/10/2024	301057	PAG BOLETO	100,40 D	210.565,49 D
30/10/2024	301057	PAG BOLETO	3.463,70 D	214.029,19 D
30/10/2024	301058	PAG BOLETO	600,00 D	214.629,19 D
30/10/2024	301058	PAG BOLETO	605,20 D	215.234,39 D
30/10/2024	301058	PAG BOLETO	2.100,00 D	217.334,39 D
30/10/2024	301059	PAG BOLETO	624,00 D	217.958,39 D
30/10/2024	301059	PAG BOLETO	282,40 D	218.240,79 D
30/10/2024	494758	DEV. TED	15.065,00 C	203.175,79 D
30/10/2024	301059	PAG BOLETO	3.380,00 D	206.555,79 D
30/10/2024	301059	PAG BOLETO	860,50 D	207.416,29 D
30/10/2024	301100	PAG BOLETO	678,90 D	208.095,19 D
30/10/2024	301100	PAG BOLETO	769,40 D	208.864,59 D
30/10/2024	301100	PAG BOLETO	2.496,00 D	211.360,59 D
30/10/2024	129797	ENVIO TED	338,40 D	211.698,99 D
30/10/2024	129797	TEDINTERNE	12,00 D	211.710,99 D
30/10/2024	210450	ENVIO TED	458,00 D	212.168,99 D
30/10/2024	210450	TEDINTERNE	12,00 D	212.180,99 D
30/10/2024	269769	ENVIO TED	180,00 D	212.360,99 D
30/10/2024	269769	TEDINTERNE	12,00 D	212.372,99 D
30/10/2024	301101	PAG BOLETO	557,57 D	212.930,56 D
30/10/2024	301101	PAG BOLETO	122,06 D	213.052,62 D
30/10/2024	301102	PG ORG GOV	1.778,81 D	214.831,43 D
30/10/2024	000001	CRED TED	699.621,90 C	484.790,47 C
30/10/2024	000001	CRED TED	313,00 C	485.103,47 C
30/10/2024	301609	ENVIO TEV	6.747,07 D	478.356,40 C
30/10/2024	301609	TRANSF E/I	2,00 D	478.354,40 C
30/10/2024	462459	ENVIO TED	6.735,21 D	471.619,19 C

30/10/2024	462459	TEDINTERNE	12,00 D	471.607,19 C
30/10/2024	301615	PAG BOLETO	2.505,13 D	469.102,06 C
30/10/2024	301615	PAG BOLETO	31.346,40 D	437.755,66 C
30/10/2024	120667	ENVIO TED	4.000,00 D	433.755,66 C
30/10/2024	120667	TEDINTERNE	12,00 D	433.743,66 C
30/10/2024	179782	ENVIO TED	8.000,00 D	425.743,66 C
30/10/2024	179782	TEDINTERNE	12,00 D	425.731,66 C
30/10/2024	234014	ENVIO TED	32.000,00 D	393.731,66 C
30/10/2024	234014	TEDINTERNE	12,00 D	393.719,66 C
30/10/2024	559907	ENVIO TED	6.300,00 D	387.419,66 C
30/10/2024	559907	TEDINTERNE	12,00 D	387.407,66 C
30/10/2024	614511	ENVIO TED	15.065,00 D	372.342,66 C
30/10/2024	614511	TEDINTERNE	12,00 D	372.330,66 C
30/10/2024	301617	ENVIO PIX	718,19 D	371.612,47 C
30/10/2024	278717	ENVIO TED	19.300,00 D	352.312,47 C
30/10/2024	278717	TEDINTERNE	12,00 D	352.300,47 C
30/10/2024	301620	ENVIO PIX	425,51 D	351.874,96 C
30/10/2024	301620	ENVIO PIX	756,18 D	351.118,78 C
30/10/2024	301621	ENVIO PIX	301,74 D	350.817,04 C
30/10/2024	301622	ENV PIX CH	2.815,50 D	348.001,54 C
30/10/2024	301622	TAR PIX	8,50 D	347.993,04 C
30/10/2024	301622	PAG BOLETO	1.850,00 D	346.143,04 C
30/10/2024	301622	PAG BOLETO	28.058,22 D	318.084,82 C
30/10/2024	301631	ENVIO TEV	7.209,77 D	310.875,05 C
30/10/2024	301631	TRANSF E/I	2,00 D	310.873,05 C
30/10/2024	278365	ENVIO TED	7.349,51 D	303.523,54 C
30/10/2024	278365	TEDINTERNE	12,00 D	303.511,54 C
30/10/2024	000000	APLIC FUND	303.511,54 D	0,00 C
30/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
31/10/2024	479392	ENVIO TED	420,30 D	420,30 D
31/10/2024	479392	TEDINTERNE	12,00 D	432,30 D
31/10/2024	555827	ENVIO TED	23.462,50 D	23.894,80 D
31/10/2024	555827	TEDINTERNE	12,00 D	23.906,80 D
31/10/2024	792618	ENVIO TED	480,00 D	24.386,80 D
31/10/2024	792618	TEDINTERNE	12,00 D	24.398,80 D
31/10/2024	311432	PAG BOLETO	1.722,00 D	26.120,80 D
31/10/2024	311432	PAG BOLETO	620,00 D	26.740,80 D
31/10/2024	311432	PAG BOLETO	4.163,30 D	30.904,10 D

31/10/2024	311432	PAG BOLETO	335,70 D	31.239,80 D
31/10/2024	311432	PAG BOLETO	800,88 D	32.040,68 D
31/10/2024	311433	PAG BOLETO	784,00 D	32.824,68 D
31/10/2024	311433	PAG BOLETO	558,00 D	33.382,68 D
31/10/2024	311433	PAG BOLETO	4.104,00 D	37.486,68 D
31/10/2024	311433	PAG BOLETO	1.360,00 D	38.846,68 D
31/10/2024	267174	ENVIO TED	119,10 D	38.965,78 D
31/10/2024	267174	TEDINTERNE	12,00 D	38.977,78 D
31/10/2024	068357	ENVIO TED	23.462,50 D	62.440,28 D
31/10/2024	068357	TEDINTERNE	12,00 D	62.452,28 D
31/10/2024	000000	RESG AUT	62.452,28 C	0,00 C
31/10/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

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


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 03/11/2024
--	----------------	------------------	-----------------------

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: 30/09/2024	Cota em: 31/10/2024
0,8947	8,6038	10,5023	2,65550100	2,67926000

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 1292.000578032686-6	Mês/Ano 10/2024	Folha 01/02
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	1.284.937,78C	480.920,345918
Resgates	648.166,41D	242.826,394584
Rendimento Bruto no Mês	2.236,63C	
IRRF	459,03D	
IOF	633,37D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	637.915,60C	238.093,951333
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

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

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
07 / 10	TRANSFER	181.426,24C	68.177,261301
07 / 10	RESGATE	6.455,35D	2.430,284153
	IRRF	11,86D	
	IOF	0,00	
10 / 10	RESGATE	68.824,70D	25.887,786123
	IRRF	144,21D	
	IOF	0,00	
14 / 10	RESGATE	26.366,25D	9.911,958020
	IRRF	59,43D	
	IOF	0,00	
15 / 10	RESGATE	8.355,38D	3.140,209653
	IRRF	19,49D	
	IOF	0,00	
18 / 10	RESGATE	71.051,06D	26.681,279377
	IRRF	182,53D	
	IOF	0,00	
22 / 10	APLICACAO	800.000,00C	299.416,437363
28 / 10	RESGATE	404.661,39D	151.415,863529
	IRRF	29,85D	
	IOF	512,44D	
30 / 10	APLICACAO	303.511,54C	113.326,647253
31 / 10	RESGATE	62.452,28D	23.359,013726
	IRRF	11,66D	

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
2.040,41	459,03

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

SAC: 0800 - 726 0101	Endereço para Correspondência: Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefonos_da_caixa.asp
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 03/11/2024
--	----------------	------------------	-----------------------

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: 30/09/2024	Cota em: 31/10/2024
0,8947	8,6038	10,5023	2,65550100	2,67926000

Administradora

Nome Caixa Econômica Federal	Endereço Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300	CNPJ da Administradora 00.360.305/0001-04
---------------------------------	---	--

Cliente

Nome ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	Conta Corrente 1292.000578032686-6	Mês/Ano 10/2024	Folha 02/02
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	1.284.937,78C	480.920,345918
Resgates	648.166,41D	242.826,394584
Rendimento Bruto no Mês	2.236,63C	
IRRF	459,03D	
IOF	633,37D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	637.915,60C	238.093,951333
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

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

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R\$	Qtde de Cotas
	IOF	120,93D	

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

2.040,41

459,03

Informações ao Cotista

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

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

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC: 0800 - 726 0101	Endereço para Correspondência: Av. Paulista nº 2.300, 11º andar, Bela Vista, São Paulo/SP - CEP 01310-300
Ouvidoria: 0800 725 7474	Endereço Eletrônico: https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	

IMPRIMIR

RETORNAR

FECHAR



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00096.110580 51909.290002 5 98590000044000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MSA ETIQUETAS E AUT COM EIRELI
Nome/Razão Social:	MSA ETIQUETAS E AUT COM EIRELI
CPF/CNPJ:	18.801.352/0001-01
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:	04/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	04/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	440,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	440,00
Valor Pago (R\$):	440,00

Data/hora da operação:	04/10/2024 13:57:28
------------------------	---------------------

Código da operação: 078053581 Chave de segurança: P39VWPJ9Q7A2SP31

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]

**Banco Itaú S.A. | 341-7 |****34191.09008 00096.110580 51909.290002 5 98590000044000**

Beneficiário M. S. AURICCHIO ETIQUETAS AUTOMACAO COMERCIAL LTDA		Agência/Código do Beneficiário 0585 / 19092-9	Espécie R\$	Quantidade 001	Nosso número 109/00000961-1
Endereço do Beneficiário Avenida Angelo Pellicciari, 605 - Parque Residencial Jundiaí II Jundiaí - SP - CEP: 13213119					
Número do documento 8623 / 1		CPF/CNPJ 18801352000101	Vencimento 04/10/2024		Valor documento 440,00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461000102					
Demonstrativo M. S. AURICCHIO ETIQUETAS AUTOMACAO COMERCIAL LTDA				Autenticação mecânica	

Corte na linha pontilhada

**Banco Itaú S.A. | 341-7 |****34191.09008 00096.110580 51909.290002 5 98590000044000**

Local de pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PAGUE 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 04/10/2024
Beneficiário M. S. AURICCHIO ETIQUETAS AUTOMACAO COMERCIAL LTDA - CNPJ/CPF: 18801352000101					Agência/Código do Beneficiário 0585 / 19092-9
Data do documento 06/09/2024	Nº documento 8623 / 1	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 06/09/2024	Nosso número 109/00000961-1
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade 001	Valor Documento 440,00	(=) Valor documento 440,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. TITULO SUJEITO A PROTESTO AUTOMÁTICO CASO O PAGAMENTO NÃO OCORRA NO VENCIMENTO. EVITE FRAUDES, EM CASO DE DUVIDAS ENTRAR EM CONTATO COM A M. S. AURICCHIO ETIQUETAS - (11) 2816-7376					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461000102					CPF/CNPJ: 45349461000102
Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS - 50 - WILLIAMS - Garça - SP - CEP: 17402064					Código de baixa:
Sacador/Avalista:					
Endereço do 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01376.930135 65530.470007 4 98590000032700
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:	04/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	04/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	327,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	327,00
Valor Pago (R\$):	327,00

Data/hora da operação:	04/10/2024 13:57:44
------------------------	---------------------

Código da operação: 078053666 Chave de segurança: ZTVS507MUQQ7JL0Z

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE COMERCIAL RUZALEM LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.										NF-e																	
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR								N°. 105.586																	
		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 N°. 105.586 SÉRIE 1 FL 1/1																							
				CHAVE DE ACESSO 3524 0905 6268 9600 0132 5500 1000 1055 8612 3110 7138																							
				CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ AUTORIZADORA																							
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE						PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO 13524198091059206/09/2024 15:51:46																					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111				INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO				CNPJ 05.626.896/0001-32																			
DESTINATÁRIO / REMETENTE																											
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1)								CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 06/09/2024																	
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50						BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17.402-064		DATA DA ENTRADA / SAÍDA 06/09/2024																	
MUNICÍPIO GARÇA				FONE/FAX 19 38483554		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 15:51:42																	
FATURA / DUPLICATA																											
Número 001		Dt. Vencimento 04/10/2024		Valor 327,00		Número		Dt. Vencimento		Valor		Número															
CÁLCULO DO IMPOSTO																											
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 327,00																			
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 327,00																	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																											
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0 - Emitente		COD. ANT		PLACA VEICULO		UF		CNPJ / CPF															
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL																	
QUANTIDADE 50		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 0,000		PESO LÍQUIDO 0,000																	
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO																											
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR	ALIQ ICMS	ALIQ IPI														
05707	ESPONJA DUPLA FACE C/01 C BRILHEX	68053090	060	5405	UN	20,000	0,7500	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00														
01098	PAPEL T INT 2 DB 100% CEL MARCHPEL 20X20CM (CX5)	48182000	060	5405	PC	30,000	10,4000	312,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00														
CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA																											
CÁLCULO DO ISSQN																											
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00				BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00				VALOR DO ISSQN 0,00																	
DADOS ADICIONAIS																											
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 002 - LAINE Cond.Pag: 01028 - BOLETO PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011410-PD ***** VEM RETIRAR ***** Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 58,84 Federal / R\$ 39,24 Estadual - Fonte: IBPT								RESERVADO AO FISCO																			

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa	
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.				Vencimento 04/10/2024	
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 06/09/2024	Nº do Documento 000000105586A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 06/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013769-3
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)				(-) Desconto/Abatimento	
Após o vencimento cobrar R\$ 1,08 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6,54				(-) 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.: 000000105586A-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:				109/00013769-3	
Autenticação					

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador	
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.				Vencimento 04/10/2024	
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 06/09/2024	Nº do Documento 000000105586A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 06/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013769-3
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)				(-) Desconto/Abatimento	
Após o vencimento cobrar R\$ 1,08 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6,54				(-) 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.: 000000105586A-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:				109/00013769-3	
Autenticação					

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01376.930135 65530.470007 4 98590000032700	
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 04/10/2024	
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 06/09/2024	Nº do Documento 000000105586A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 06/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013769-3
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)				(-) Desconto/Abatimento	
Após o vencimento cobrar R\$ 1,08 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 6,54				(-) 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.: 000000105586A-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:				109/00013769-3	
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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00488.514803 79871.790006 4 98590000121960
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:	04/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	04/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.219,60
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.219,60
Valor Pago (R\$):	1.219,60

Data/hora da operação:	04/10/2024 13:58:04
------------------------	---------------------

Código da operação: 078053807 Chave de segurança: CP1RFHYQGCC82FRW

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 INDIC		NF-e Nº 000.016.879 SÉRIE : 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA  RUA GALEAO, 2 GALPAOGALPAO JD SANTO ANTONIO /CALIFORNIA BARUERI/SP TEL/FAX: (11) 4198-6858 CEP: 06408050	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.016.879 SÉRIE :0 FOLHA:1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3524 0924 5794 6900 0195 5500 0000 0168 7912 0593 9619 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 135241980181067 - 2024-09-06T14:39:11-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 206699258110	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	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 06/09/2024
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 14:39:13

FATURA/DUPLICATA

Número	Data Vcto.	Valor
001	04/10/2024	1.219,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 76,00		VALOR DO ICMS 3,04		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.219,60	
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 DOS IMPOSTOS 383,56		VALOR TOTAL DA NOTA 1.219,60		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 46	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

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 IPI		VALOR TOTAL IMPOSTOS
5786	P. HIG ROLAO INSTITUCIONAL C/8 BRANCO EUROPEL	48181000	060	5405	FD	38,0000	28,400000	1.079,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	339,41
3127	PANO BOBINA PERFLEX 28X300M VERDE LIFE CLEAN	56031290	000	5102	BO	1,0000	76,000000	76,00	76,00	3,04	0,00	4,00	0,00	23,96
379	ESPONJA DUPLA FACE VD/AM TININDO/3M C/10	68053090	060	5405	PT	7,0000	9,200000	64,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,25

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ate: IBPT B057E1

Pedido Cliente: 47752;

Observações destinadas ao Fisco:

Registro de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Endereço de entrega: Rua Luiz Martins Cruz numero 63 Jardim Lago Azul CEP 13.294-394 Louveira-Louveira-SP

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 Prod isentos pis-cofins: Lei nº 13.097-2015, Art 14, lei nº 9.718/98, Art 5; lei nº 10.147-2000, Art 1, inciso I, alinea "a" e Lei nº 12.859, 07-2013 Art 1, XXI, XXV, XXII, XXVI, XXVIII, ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIB. ART 313 E-G-H-K-Q-S-U-W-Z DO RICMS ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIB. ART 313 E-G-H-K-Q-S-U-W-Z DO RICMS Trib aprox R\$: 164,03 Federal, 219,53 Estadual e 0,00 Municipal - Fo	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 04/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 16879-1	Nosso Número DM/00004885-1
			(=) Valor do Documento 1.219,60	(-) Desconto / Abatimento 0,00
Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(+) Outros Acréscimos 0,00	(=) Valor Cobrado 1.219,60

Demonstrativo:

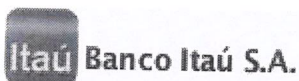
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

Juros.....: 4,80% ao mês - (R\$ 1,95 ao dia)
Multa.....: 2,00% após 1 dia corrido do vencimento.

APÓS 5 DIAS DE VENCIMENTO SERÁ ENVIADO A CARTÓRIO.

Flex Software

Autenticação Mecânica



341-7

34191.09008 00488.514803 79871.790006 4 98590000121960

Local de Pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no Itaú.					Vencimento 04/10/2024
Beneficiário ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIENE E DESCARTAVEIS LTDA CNPJ: 24.579.469/0001-95					Agência/Código Beneficiário 4807/98717-9
Data Documento 06/09/2024 C	Número do Documento 16879-1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 06/09/2024 0C	Nosso Número DM/00004885-1
Uso do Banco	Carteira DM	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 1.219,60
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Juros.....: 4,80% ao mês - (R\$ 1,95 ao dia) Multa.....: 2,00% após 1 dia corrido do vencimento. APÓS 5 DIAS DE VENCIMENTO SERÁ ENVIADO A CARTÓRIO.					(-) Descontos: 0,00
					(+) Mora / Multa
					(+) Acréscimos: 0,00
					(=) VI Cobrado: 1.219,60
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



Autenticação Mecânica (V:2.0)



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:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3383 / 00000064900-7
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOLOG LTDA
CPF/CNPJ:	05.738.179/0001-00
Valor:	R\$ 537,03
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	04/10/2024
Data / Hora da operação:	04/10/2024 09:56:52

Código da operação:	38070482
Chave de segurança:	PPKHS5TSVR35JCRY

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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

RECEBEMOS DE DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO) OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000.026.214 SÉRIE 001
EMISSION: 04/10/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 537,03		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.026.214 fl. 1 / 1 SÉRIE 001	
DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO)			CHAVE DE ACESSO
AV.LARANJEIRAS, 1158 - VILA QUEIROZ - CEP:13485-020 - LIMEIRA - SP TEL: (19)3444-7550 dentalglobo@uol.com.br			3524 1005 7381 7900 0100 5500 1000 0262 1414 4825 9221
NATUREZA DE OPERAÇÃO		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		135242222811609 04/10/2024 11:00:05	
417243313118		CNPJ / CPF	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		05.738.179/0001-00	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL		45.349.461/0001-02	04/10/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		WILLIANS	17402-064
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
GARCA	(16)3374-8438	SP	HORA DA SAÍDA
			10:36:00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	138,65	537,03
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	537,03

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
DENTAL GLOBO MATERIAS ODONTOLOG. LTDA ME		0 - REMETENTE			05.738.179/0001-00
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV.LARANJEIRAS, 1158		LIMEIRA		SP	417243313118
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS															
CÓDIGO DO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS		
													ICMS	IPI	
25917	ALAVANCA APICAL 301 RETA MARYA Lote SL (Trib.Fed.R\$ 14,95 Trib.Est.R\$ 11,96)	90189099	0102	5102	UN	3,0000	33,21000	99,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
10649	ENDO PTC 25G BIODINAMICA Lote 44823 (Trib.Fed.R\$ 4,36 Trib.Est.R\$ 3,89) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$36,00 LOTE: 44823 QTD: 1,00 FAB: 30/06/2023 VAL: 30/06/2025	30064012	0102	5102	UN	1,0000	32,40000	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
21383	IONOFAST 1X2,5G BIODINAMICA Lote 502/24 (Trib.Fed.R\$ 46,00 Trib.Est.R\$ 41,04) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$95,00 LOTE: 502/24 QTD: 4,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/06/2026	30064011	0102	5102	FR	4,0000	85,50000	342,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
13575	MATRIZ ACO 0,07 MAQUIRA Lote 940323 (Trib.Fed.R\$ 0,76 Trib.Est.R\$ 0,97)	72202090	0102	5102	UN	2,0000	2,70000	5,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
12397	SUGADOR CIRUR C/20 INDUSBELLO Lote SL (Trib.Fed.R\$ 3,99 Trib.Est.R\$ 3,56)	90183929	0102	5102	UN	1,0000	29,70000	29,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
25416	SUGADOR DESC C/40 PARTNER AZUL Lote 20240310 (Trib.Fed.R\$ 3,45 Trib.Est.R\$ 3,08)	90183929	0102	5102	PC	3,0000	8,55000	25,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
20151	TIRA POLIESTER PREVEN C/50 Lote 333 (Trib.Fed.R\$ 0,37 Trib.Est.R\$ 0,27)	90184999	0102	5102	UN	1,0000	2,25000	2,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
SIT.TRIB.0000 R\$ 537,03 EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL 307734 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Trib.Aprox.R\$ 73,84 Federal e 64,77 Estadual Fonte: IBPT Ch.::FADD79 V.:23.1.F	

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6**Conta destino:** 4213 / 1288 / 000816139318-2**Nome destinatário:** JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COST**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 3.670,05**Data de débito:** 04/10/2024**Data/hora da operação:** 04/10/2024 13:57:07**Código da operação:** 445838024**Chave de segurança:** 6A8QVG2SS7AG4QM1**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

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 128.35230.24-8	11 Nome JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA UVA ITALIA, 25 - BLOCO 39 APTO 21A				13 Bairro MORADA DAS VINHAS
14 Município JUNDIAI	15 UF SP	16 CEP 13.214-704	17 CTPS (nº, série, UF) 08699000000 - 00251 / SF	18 CPF 319.980.348-28
19 Data de Nascimento 07/08/1985	20 Nome da Mãe CLARA MARIA DOS SANTOS ALMEIDA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato
3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada

22 Causa do Afastamento
Rescisão contratual a pedido do empregado

23 Remuneração Mês Ant. 3.003,40	24 Data de Admissão 04/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 24/09/2024	27 Cod. Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 24/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 2.176,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 225,92	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 750,85	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 750,85	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 250,28
69 - Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 128,70				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 4.283,40

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	R\$ 350,40	112.1 Previdência Social	R\$ 206,64
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 56,31	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 613,35
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.670,05

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA				
Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8691	JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA C	319.980.348-28	000744761679-7	3.670,05
	Empregados: 1 Estagiários: 0		Total da Empresa:	3.670,05
	GARCA, 30/09/2024	Responsável:		

07/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202410041909bec65717980
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 04/10/2024 às 16:15:34
Valor Original: R\$ 923,16 **Valor Atualizado:** R\$ 923,16

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: 36537451499
Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124100431618645-3

Tag
04/10/2024 15:01

Pagar este documento até
07/10/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

923,16

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
09/2024	1	0,00	434,26	488,90	0,00	923,16
Total Geral:		0,00	434,26	488,90	0,00	923,16

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 04/10/2024 às 15:01:18 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>





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:	318 - BANCO BMG S/A - 61186680
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0044 / 00006872887-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO
CPF/CNPJ:	302.234.038-90
Valor:	R\$ 6.443,35
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	07/10/2024
Data / Hora da operação:	07/10/2024 15:44:42

Código da operação:	41525125
Chave de segurança:	X7RALU9YCZTAHMCK

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 133.71330.81-7	11 Nome CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA JOSEFA PICCOLO, 22 - CASA				13 Bairro JARDIM BANDEIRAS	
14 Município JUNDIAI	15 UF SP	16 CEP 13.216-671	17 CTPS (nº, série, UF) 00951000000 - 215sp / SF		18 CPF 302.234.038-90
19 Data de Nascimento 23/06/1981	20 Nome da Mãe CONCEICAO APARECIDA DA MOTA PRADO				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato
3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada

22 Causa do Afastamento
Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant. 5.048,78	24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 27/09/2024	27 Cod. Afastamento RA2
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 27/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 3.498,30	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 254,16	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 44,68 horas 40,00%	R\$ 385,94
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 87,71	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 80,16
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 1.202,35	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 1.202,35	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 400,78
69 - Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 7.111,75

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\$ 410,47	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 90,17
114.1 IRRF	R\$ 167,76	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 668,40
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 6.443,35

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8597	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CAR	302.234.038-90	000744762046-8	6.443,35
	Empregados: 1		Total da Empresa:	6.443,35
	Estagiários: 0			

GARCA, 04/10/2024

Responsável:



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	033 - BANCO SANTANDER S.A. - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0040 / 00013006441-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL
CPF/CNPJ:	12.106.772/0001-91
Valor:	R\$ 40.940,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	10/10/2024
Data / Hora da operação:	10/10/2024 15:35:11

Código da operação:	15564029
Chave de segurança:	S4ZN3A2L94EV75AA

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

17/NFS-E



Número / Série	17 / NFS-E	Emissão	30/09/2024 14:25:05	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	30/09/2024	Código de verificação	2NO0.VE4C.E83T.RNVV	Exigibilidade	Exigível	RPS	

Prestador de Serviços

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

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02 Reg.:
Endereço: R. DR ORLANDO T SANTOS, 50 - Bairro: Williams - Cep: 17402-0064
Telefone: (16) 3374.8438 Município: Garça - SP País: Brasil
Insc. Mun.: Insc. Est.: 09.384.618/0001-77
Email: controladoria@ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

17.05 - FORNECIMENTO DE MÃO-DE-OBRA, MESMO EM CARÁTER TEMPORÁRIO, INCLUSIVE DE EMPREGADOS OU TRABALHADORES, AVULSOS OU TEMPORÁRIOS, CONTRATADOS PELO PRESTADOR DE SERVIÇO. (3,0329067 %)
* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
segurança 24h	R\$ 46.000,00	1,00	R\$ 46.000,00

Observações

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

Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
0,00	5.060,00	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
46.000,00	1.395,14	0,00	46.000,00	3,0329067 %
Outras Retenções(R\$)	0,00		Valor Líquido:	R\$ 40.940,00

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

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

Recebi(emos) de FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E PORTARIA LTDA - ME, os serviços constantes da nota fiscal Nº 17, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:
<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/2NO0.VE4C.E83T.RNVV>

Data: / / Assinatura:



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 / 00000010550-3
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA
CPF/CNPJ:	02.653.791/0001-84
Valor:	R\$ 1.409,80
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	10/10/2024
Data / Hora da operação:	10/10/2024 15:35:36

Código da operação:	16316511
Chave de segurança:	8PJF5JXRRVN6HKWX

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e	
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do recebedor		Nro.: 000.004.813 Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA
LTDA - ME

AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52 , JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416

(19) 3848-1130

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica

0 - Entrada
1 - Saída
Nro. Nota:
000.004.813
Serie:1 Folha:1 de 2

1



Chave de Acesso
3524 0902 6537 9100 0184 5500 1000 0048 1310 1167 6018
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada

Natureza de Operacao
VENDA

Protocolo de autorizacao de uso
135241977493815 06/09/2024 10:14:39

Inscricao Estadual
421.013.569.112

Inscricao Estadual do Subst. Tributario

CNPJ
02.653.791/0001-84

DESTINATARIO/REMETENTE			
Nome/Razao Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	Data da Emissao 06/09/2024
Endereco RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		Bairro/Distrito WILLIAMS	CEP 17402064
Municipio GARCA	Fone/Fax	UF SP	Inscricao Estadual
			Hora de Saida 00:00

FATURA/DUPLICATA

07/10/2024 001 1.409,80

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
	0,00	490,38	0,00	0,00	1.409,80
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.409,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
Nome/Razao Social		Frete por Conta 1 - Contratação do Frete por conta do Destinatário (FOB)		Codigo ANTT	Placa	UF
Endereco		Municipio				CPF/CNPJ
					UF	Inscricao Estadual
Quantidade 337	Especie	Marca	Numeracao	Peso Bruto 0,000	Peso Liquido 0,000	

DADOS ADICIONAIS

Informacoes Complementares
Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / PEDIDO N 47764 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.

Reservado ao Fisco

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA

LTDA - ME

AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52 , JARDIM SANTO

ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416

(19) 3848-1130

DANFE

Documento Auxiliar da

Nota Fiscal Eletronica

0 - Entrada

1 - Saida

Nro. Nota:

000.004.813

Serie:1

Folha:2 de 2

Chave de Acesso

3524 0902 6537 9100 0184 5500 1000 0048 1310 1167 6018

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada

Natureza de Operacao

VENDA

Inscricao Estadual

421.013.569.112

Inscricao Estadual do Subst. Tributario

CNPJ

02.653.791/0001-84

Protocolo de autorizacao de uso

135241977493815

06/09/2024 10:14:39

DADOS DO PRODUTO/SERVICO														
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vl. Unit.	Vl. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vl. Icms	Vl. Ipi	Aliquota	
													Icms	Ipi
7899150717578	APONTADOR C/DEP.RETANGULAR KZ922671 - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 1,25 (31,29 %) Fonte:IBPT	82141000	0102	5102	UN	2	2,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1947	ARQUIVO MORTO PAPELAO - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 70,63 (39,24 %) Fonte:IBPT	48191000	0102	5102	UN	50	3,60	0,00	180,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
789629224537	CAIXA CORRESPONDENCIA 3DIV. CRISTAL 245.3 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.004.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 84,51 (35,24 %) Fonte:IBPT	39261000	0500	5405	UN	2	119,90	0,00	239,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7896292286016	ORGANIZADOR ESCRITORIO TRIPLO HORIZONTAL CRISTAL 860.1 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.004.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 181,31 (35,24 %) Fonte:IBPT	39261000	0102	5102	UN	5	102,90	0,00	514,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7899790927757	CALCULADORA 8DIG 9.5X5.5CM - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 7,68 (35,24 %) Fonte:IBPT	84701000	0102	5102	UN	2	10,90	0,00	21,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
070330506091	CORRETIVO ECOLUTIONS BIC 18ML - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 0,47 (11,20 %) Fonte:IBPT	32159000	0102	5102	UN	1	4,20	0,00	4,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7898094380015	ELASTICO LATEX 1KG MAMUTH FINO - PT Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 20,77 (24,79 %) Fonte:IBPT	40169990	0102	5102	PT	2	41,90	0,00	83,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7899150707975	GRAMPEADOR MEDIO P/20FLS KZ3206 - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 27,83 (38,87 %) Fonte:IBPT	84729040	0102	5102	UN	4	17,90	0,00	71,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897476611860	LAPIS DE COR 24C BAZZE WAVE SEXTAVADO - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 7,94 (28,55 %) Fonte:IBPT	96091000	2102	5102	UN	2	13,90	0,00	27,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897027201229	PASTA CATALAGO C/50 PLASTICO FINO REF.122 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.005.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 16,83 (31,29 %) Fonte:IBPT	42021210	0500	5405	UN	2	26,90	0,00	53,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7897027293941	PASTA GRAMPO TRILHO PLASTICA CRISTAL - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.005.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 18,30 (31,29 %) Fonte:IBPT	42021210	0500	5405	UN	15	3,90	0,00	58,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40171	PLASTICO 4FUROS 0.12 A4 - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 52,86 (35,24 %) Fonte:IBPT	39232990	0102	5102	UN	250	0,60	0,00	150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

Informacoes Complementares

Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / PEDIDO N 47764 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.

Reservado ao Fisco

Desenvolvido Por

(11) 95446-3125

futura

SISTEMAS

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1138
DATA : 06/09/2024 NRO. PEDIDO: 37705401

CODIGO DE BARRA			
PRODUTO	QTDE.	VL UN	TOTAL
7899150717578			
APONTADOR C/DEP.RE	2,00	2,00	4,00
1947			
ARQUIVO MORTO PAPE	50,00	3,60	180,00
7896292224537			
CAIXA CORRESPONDEN	2,00	119,90	239,80
7896292286016			
ORGANIZADOR ESCRIT	5,00	102,90	514,50
7899790927757			
CALCULADORA 8DIG 9	2,00	10,90	21,80
070330506091			
CORRETIVO ECOLUTIO	1,00	4,20	4,20
7898094380015			
ELASTICO LATEX 1KG	2,00	41,90	83,80
7899150707975			
GRAMPEADOR MEDIO P	4,00	17,90	71,60
7897476611060			
LAPIS DE COR 24C B	2,00	13,90	27,80
7897027201229			
PASTA CATALAGO C/5	2,00	26,90	53,80
7897027293941			
PASTA GRAMPO TRILH	15,00	3,90	58,50
40171			
PLASTICO 4FUROS 0.	250,00	0,60	150,00
SUBTOTAL :		1.409,80	
TOTAL :		1.409,80	
FORMA DE PAGAMENTO :			
04 - FATURA		1.409,80	

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI

FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

ENDEREÇO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

WILLIAMS GARÇA SP

Assinatura: _____

VENDEDOR: ALESSANDRO

DATA/HORA IMPRESSAO : 06/09/2024 09:55

OPERADOR : BALCAO CAIXA : 10



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 / 00000105503
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	SONIA PAPELARIA DE LOUVERIA
CPF/CNPJ:	02.653.791/0001-84
Valor:	R\$ 201,80
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	10/10/2024
Data / Hora da operação:	10/10/2024 15:35:51

Código da operação:	16409997
Chave de segurança:	T1U348Z43G36FJ3E

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do receptor	Nro.: 000.004.812 Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52, JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416 (19) 3848-1130		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saida Nro. Nota: 000.004.812 Serie: 1 Folha: 1 de 1	 Chave de Acesso 3524 0902 6537 9100 0184 5500 1000 0048 1210 1167 5014 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada
Natureza de Operacao VENDA		Protocolo de autorizacao de uso 135241977466287 06/09/2024 10:12:16	
Inscricao Estadual 421.013.569.112	Inscricao Estadual do Subst. Tributario		CNPJ 02.653.791/0001-84

DESTINATARIO/REMETENTE			
Nome/Razao Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	Data da Emissao 06/09/2024
Endereco RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		Bairro/Distrito WILLIAMS	CEP 17402064
Municipio GARCA	Fone/Fax	UF SP	Inscricao Estadual
		Hora de Saida 00:00	

FATURA/DUPPLICATA		
07/10/2024	001	201,80

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
0,00	0,00	56,87	0,00	0,00	201,80
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	201,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
Nome/Razao Social	Frete por Conta 1 - Contratacao do Frete por conta do Destinatario (FOB)	Codigo ANTT	Placa	UF	CPF/CNPJ
Endereco	Municipio			UF	Inscricao Estadual
Quantidade 12	Especie	Marca	Numeracao	Peso Bruto 0,000	Peso Liquido 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVICO														
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi	Aliquota	
													Icms	Ipi
7898711400171	RELOGIO DE PAREDE 30CM MX400171 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 28.058,00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 37,60 (26,95 %) Fonte:IBPT	91022900	0102	5102	UN	5	27,90	0,00	139,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7908520104181	LAPIS GRAFITE HB N.2 KAZ - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 0,56 (22,20 %) Fonte:IBPT	96091000	0102	5102	UN	5	0,50	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
899150701324	PASTA SANF.PLASTICA A4 12DIV. - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.005,00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 18,71 (31,29 %) Fonte:IBPT	42021210	0500	5405	UN	2	29,90	0,00	59,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
Informacoes Complementares Contrato de Gestao 001-2024 Prefeitura Municipal de Louveira / PEDIDO N 47767 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.	Reservado ao Fisco

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 06/09/2024 NRO. PEDIDO: 37705101

CODIGO DE BARRA PRODUTO	QTDE.	VL UN	TOTAL
7898711400171			
RELOGIO DE PAREDE	5,00	27,90	139,50
7908520104181			
LAPIS GRAFITE HB N	5,00	0,50	2,50
7899150701324			
PASTA SANF. PLASTIC	2,00	29,90	59,80
SUBTOTAL :		201,80	
TOTAL :		201,80	
FORMA DE PAGAMENTO :			
04 - FATURA		201,80	

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI

FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

ENDereco: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

WILLIAMS GARCA SP

Assinatura:

VENDEDOR: MARA

DATA/HORA IMPRESSAO : 06/09/2024 09:56

OPERADOR : CAIXA CAIXA : 10



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:	6009 / 00000013017-6
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	MRB MOREIRA CHAVEIROS
CPF/CNPJ:	46.389.859/0001-35
Valor:	R\$ 209,80
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	10/10/2024
Data / Hora da operação:	10/10/2024 15:36:43

Código da operação:	16529675
Chave de segurança:	9T9J2CP6FUX1621Y

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

09/30

222/NFS-E



Número / Série 222 / NFS-E Emissão 30/09/2024 15:12:06 Incidência Louveira (SP) ISS a reter Não
Prest. do Serviço 30/09/2024 Código de verificação 11NH.LXHK.ULLH.WOMP Exigibilidade Exigível RPS

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: MRB MOREIRA CHAVEIROS

CPF / CNPJ: 46.389.859/0001-35

Reg.: Simples

Endereço: R. ARMANDO STECK, 71 SALA 6 - Bairro: CENTRO (Louveira) - Cep: 13290003

Telefone: (19)99689-2556

Município: Louveira - SP

País: Brasil

Insc. Mun.: 014851

Cod. Mob.: 014851

Insc. Est.:

Email: RANIANE.PEDRO@GMAIL.COM

Nome Fant.: CHAVEIRO M B

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02

Reg.:

Endereço: R. DR ORLANDO T SANTOS, 50 - Bairro: Williams - Cep: 17402064

Telefone: (16) 3374.8438

Município: Garça - SP

País: Brasil

Insc. Mun.:

Insc. Est.: 09.384.618/0001-77

Email: financeiro@louveira.ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

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

Discriminação dos Serviços

Descrição	Unitário	Qtd.	Total
Serviços De Carimbos	R\$ 209,80	1,00	R\$ 209,80

Observações

Nota fiscal emitida em substituição à nota 221/NFS-E.

Dados Bancarios
AG 6009 Banco Do Bradesco
CC 13017-6
Maria Raniane Bispo Moreira

Gestão 001/2024 Prefeitura De Municipal De Louveira

Tributos Federais

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

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
209,80	4,20	0,00	209,80	2,00 %
Outras Retenções(R\$)	0,00			
			Valor Líquido:	R\$ 209,80

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

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

Recebi(emos) de **MRB MOREIRA CHAVEIROS**, os serviços constantes da nota fiscal Nº 222, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:
<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/11NH.LXHK.ULLH.WOMP>

Data: / /

Assinatura:



- 

CNPJ: 46.389.859/0001 35

Order	Product	Qty	Unit Price	Total
-------	---------	-----	------------	-------

8/10/2017

TOTAL RS 169.5

Assinatura do Responsável



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:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00067010443-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	LUCIANO NICODEMI JUNIOR
CPF/CNPJ:	46.500.314/0001-54
Valor:	R\$ 2.000,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	10/10/2024
Data / Hora da operação:	10/10/2024 15:37:01

Código da operação:	17042773
Chave de segurança:	7MV5ZRZ2ZTA2W0GM

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

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

Chave de Acesso da NFS-e

35273062246500314000154000000000001324106122270725

Número da NFS-e

13

Competência da NFS-e

01/10/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e

02/10/2024 15:49:33

Número da DPS

13

Série da DPS

900

Data e Hora da emissão da DPS

02/10/2024 15:49:33



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

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 46.500.314/0001-54	Inscrição Municipal -	Telefone (19) 99374-3050
Nome / Nome Empresarial 46.500.314 LUCIANO NICODEMI JUNIOR		E-mail luciano.vinhedo@gmail.com	
Endereço ERMELINDA MARTINI STECK, 20, JARDIM BANDEIRANTES		Município Louveira - SP	CEP 13290-240
Simplex Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	
TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		E-mail -	
Endereço DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS		Município Garça - SP	CEP 17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 08.02.01 - Instrução, treinamento, orientação pedagógica e educacion...	Código de Tributação Municipal -	Local da Prestação Louveira - SP	País da Prestação -
---	--	--	-------------------------------

Descrição do Serviço

Serviços Administrativos - Contrato de Gestão 001/2024
Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio
Suporte das 18:00 as 00:00 Valor total referente a 01/09/2024 a 31/09/2024 - R\$ 2000,00
SHOPPER APPLE
AGENCIA: 0001
CONTA: 67010443-4
BANCO:0260

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

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

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

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

VALOR TOTAL DA NFS-E

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

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

Estaduais

Municipais

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	23796.62709 94261.000007 14000.299108 5 98600000198000
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:	05/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.980,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00

Valor Calculado (R\$):	1.980,00
Valor Pago (R\$):	1.980,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:23:04
------------------------	---------------------

Código da operação:	36827572190
Chave de segurança:	6U46CQGX9A3VA7SP

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 CPS Comercial de Mat. e Equip. Medicos Impor. Expor. Ltda os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - Rua DR ORLANDO T SANTOS, 50 - WILLIANS - Garca/SP						Data de Emissão 08/09/2024		NFe N° 0000004776	
Data de Recebimento		Identificação e Assinatura do Recebedor				Valor Total da Nota 1.980,00		Série 002	
CPS Comercial de Mat. e Equip. Medicos Impor. Expor. Ltda Avenida da emancipacao, 3770 - BL i Box 20 - Parque dos Pinheiros - 13184-654 - Hortolandia - SP - Fone/Fax: 19 3365 4448						DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica		Controle do Fisco 	
								Chave de Acesso 3524 0911 1197 5000 0101 5500 2000 0047 7617 7363 6953	
						Salda: 1 Entrada: 0 N 0000004776 Série 002 Folha 1/1		Consulta de autenticidade do portal nacional da Nfe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	
								Protocolo de Autorização 135241979955645 - 06/09/2024 - 14:16:46	
Natureza de Operação Venda a prazo						CNPJ/CPF		Data de Emissão	
Inscrição Estadual 748442792115		Inscrição Estadual Sub. Tributária				11.119.750/0001-01		08/09/2024	
Destinatário / Remetente						CNPJ/CPF		Data de Emissão	
Nome/Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL						45.349.461/0001-02		08/09/2024	
Endereço Rua DR ORLANDO T SANTOS, 50 -				Bairro/Distrito WILLIANS		CEP 17402-064		Data Saída/ Entrada 06/09/2024	
Município Garca		Fone		UF SP		Inscrição Estadual		Hora Saída/Entrada 14:05:00	
Fatura									
Nº da duplicata		Vencimento		Valor		Nº da duplicata		Vencimento	
001		05/10/2024		1.980,00					
Cálculo dos impostos									
Base de Cálculo do ICMS		Valor do ICMS		Base Cálcl. do ICMS Subs.		Valor do ICMS Subs.		Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	
0,00		0,00		0,00		0,00		503,92	
Valor do Frete		Valor do Seguro		Desconto		Out. Desp. Acessor.		Valor do IPI	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
								Valor Deson.	
								0,00	
								Valor Total da Nota	
								1.980,00	
Transportador / Volumes Transportados									
Razão Social				Frete por Conta 9-Sem Transporte		Código ANTT		Placa Veiculo	
Endereço				Município		UF		Inscrição Estadual	
Quantidade		Espécie		Marca		Numeração		Peso Bruto	
								Peso Líquido	
Dados dos Produtos									
Cód. Prod.	Descrição dos Produtos		NCM/SH	OST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Desconto
1660	Equipo Parenteral Luer Lock Rotatorio		9018901C	0102	5102	UN	30,0000	21,0000	0,00
	Lote: 24110								
	Fabricação: 01/05/2024								
1661	Equipo Foto Protetor Luer Lock Rotatorio		9018901C	0102	5102	UN	30,0000	24,0000	0,00
	Lote: 2420								
	Fabricação: 01/05/2024								
1364	EQL P Line p/ Bi Lifemed		9018392S	0102	5102	UN	30,0000	21,0000	0,00
Dados Adicionais									
Informações Complementares						Informações Adicionais do Fisco			
I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL									
II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI									
Trib Aprox. R\$ 266,32 Fed - R\$ 237,60 Est - R\$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome 0D61CD									
Local de entrega Farmacia									
Rua Luiz Martins Cruz n 63 Jd Lago Azul									
Cep: 13294-394									
Louveira S/P									
Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira SP									

Hortolândia 06 de Setembro de 2024

ASSOC Hospitalar Benef do Brasil

Cnpj: 45.349.461/0001-02

5 Bombas de Infusão Remessa MDK M23 Locação

Ns:

BO725186E

BO 732234E

BO 727189E

BO732101E

BO 734091E

MAIS 5 FOPNTYES 12 VOLTES

ASSOC Hospitalar Benef do Brasil



CPS COMERCIAL

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 05/10/2024	
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. 17/09/2024		Nº do documento 4776	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 17/09/2024	Nosso Número 09/00/000004261-9
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 1.980,00
Pagador: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 17402-064 - GARÇA - SP						
Beneficiário Final: Não Informado						Recibo do Sacado

Recebimento através do cheque nº. do Banco Autenticação Mecânica
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.



Corte aqui

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 05/10/2024	
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. 17/09/2024		Nº do documento 4776	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 17/09/2024	Nosso Número 09/00/000004261-9
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie Moeda R\$	Quantidade 0		Valor/Percentual	(=) Valor do Documento 1.980,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) * * VALORES EXPRESSOS EM REAIS * * * *						(-) Descontos/Abatimentos
						(-) Outras deduções
						(+) Mora/Multa
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 17402-064 - GARÇA - SP						
Beneficiário Final: Não Informado						Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	24690.00117 10502.944001 38073.545501 1 98600000096655
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO ABC - BRASIL S/A
Código do Banco:	246
Código do ISPB:	28195667
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MED CENTER COML LTDA
Nome/Razão Social:	MED CENTER COML LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	MED CENTER COML LTDA
CPF/CNPJ:	00.874.929/0001-40
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:	05/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	966,55
Juros (R\$):	12,10
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	19,33
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00

Valor Calculado (R\$):	997,98
Valor Pago (R\$):	997,98

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:23:48
------------------------	---------------------

Código da operação:	36827597424
Chave de segurança:	ZCJMQEX5F307SRQS

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

MedCenter
Comercial

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



CHAVE DE ACESSO:

3124 0900 8749 2900 0140 5500 1000 5676 6410 3251 6270

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº: 000567664
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

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 NAO CONTRIBUINTE - 6108

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131246173151386 10/09/24 11:32:16

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
10/09/2024

ENDEREÇO
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA ENTR/SÁIDA
10/09/2024

MUNICÍPIO

FONE / FAX
1133748438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
11:32:02

FATURA / DUPLICATA

001 05/10/2024 966,55

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.

966,55

VALOR DO I.C.M.S.

79,39

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST

0,00

VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

966,55

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

VALOR TOTAL DA NOTA

966,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
BR4 TRANSPORTES DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE POR CONTA
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

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

ENDEREÇO

AV 10, 1126

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL
587220280115

QUANTIDADE

ESPÉCIE
4 VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

601238

PESO BRUTO

28,730 Kg

PESO LÍQUIDO

28,730 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
01093100 4015.12.00	LUVA 7,5 CIRURGICA ESTERIL - 20824 V/FAB.01/07/24/VAL.30/07/27	1 0	6108 000	1 CX	225,08000000	0,00%	225,08	225,08	0,00	27,01	0,00		12,00 0,00
00946400 4015.19.00	LUVA G LATEX PROC C/100 NM - B54021594L/FAB.01/01/24/VAL.30/01/29	1 10	6108 200	30 CV	15,24900000	0,00%	457,47	457,47	0,00	18,30	0,00		4,00 0,00
01296900 9018.90.10	TORNEIRINHA 3 VIAS LUER LOCK - CAT001Q-24/FAB.01/04/24/VAL.30/03/29 C/ 50 UN	0 500	6108 700	10 CV	28,40000000	0,00%	284,00	284,00	0,00	34,08	0,00		12,00 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BOLETO

id 361448025.1 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: 601238
Volume M3: 0.100684
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\$: 94,59

RESERVADO AO FISCO



246-0

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 00019/19070022527590	N. DO DOCUMENTO 567664/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 00019/110/0380735455	VENCIMENTO 05/10/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO		ASSINATURA	VALOR DO DOCUMENTO 966,55

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL EM TODA REDE BANCARIA	DATA DE PROCESSAMENTO 10/09/2024
---	-------------------------------------



246-0

RECIBO DO PAGADOR

246-0 RECIBO DO PAGADOR



Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO	05/10/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	00019/19070022527590000
CART. / NOSSO NÚMERO	00019/110/0380735455-0
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	966,55
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 05/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Titulo transferido a favor do Banco ABC Brasil.

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

Autenticação Mecânica



246-0 24690.00117 10502.944001 38073.545501 1 98600000096655

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL EM TODA REDE BANCARIA		VENCIMENTO	05/10/2024
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40		AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	00019/19070022527590000
RUA VEREADOR GENARO VITALE, 120 - Bairro: JD SAO FERNANDO - POUSO ALEGRE - MG - CEP:		CART. / NOSSO NÚMERO	00019/110/0380735455-0
DATA DA DOCUMENTO 10/09/2024	Nº DO DOCUMENTO 567664/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 110	MOEDA R\$
		QUANTIDADE	VALOR X
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 05/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.		1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	966,55
Titulo transferido a favor do Banco ABC Brasil.		2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
		3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
		4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
		5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
		6 (=) VALOR COBRADO	

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

Autenticação Mecânica 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 01768.387001 00012.453171 5 98610000259000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITA
Nome/Razão Social:	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITA
CPF/CNPJ:	10.203.274/0001-31
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	06/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.590,00
Juros (R\$):	34,20
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	51,80
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.676,00
Valor Pago (R\$):	2.676,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:24:20
------------------------	---------------------

Código da operação: 36827610715 Chave de segurança: PYZRVLUZA8JGHV0C

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

Recebemos de MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 63 - POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIADO - JARDIM LAGO
Emissão: 06/09/2024 Valor Total: R\$ 2.590,0

DATA DO RECEBIMENTOIDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.017.094
Série 001

MEDCONTROL

R JACY STEVAUX VILLACA, 266 - JARDIM CONTORNO - BAURU - SP - CEP: 17047-250
Fone: (14)3208-7108

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.017.094
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0910 2032 7400 0131 5500 1000 0170 9412 1684 2576

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241978300307 06/09/2024 11:25:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL
209414263117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF
10.203.274/0001-31

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
06/09/2024

ENDEREÇO
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

BAIRRO / DISTRITO
Williams

CEP
17402-064

DATA DA SAÍDA
06/09/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX
(14)3407-5066

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
11:24:56

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO
RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63 POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIADO

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM LAGO AZUL

CEP
13294-394

MUNICÍPIO
LOUVEIRA

UF
SP

TELEFONE / FAX

FATURA

DADOS DA FATURA

Número: 17094 - Valor Original: R\$ 2.590,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 2.590,00

PARCELAS

Número : 001
Vencimento : 06/10/2024
Valor : R\$ 2.590,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.590,00		466,20		0,00	0,00	2.590,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.590,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
LOGFAR LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF
05.530.576/0001-84

ENDEREÇO
Rua Padre Francisco Van Der Maas, 1306

MUNICÍPIO
BAURU

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
209337700111

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE
VOLUME

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
5,000

PESO LÍQUIDO
5,000

CÓDIGO PRODUTO		DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
54		FITA TESTE PARA ACIDO PERACETICO - Val Aprox Tributos: 122,66 (31,45%)	56031290	000	5102	UN	100,0000	3,9000	0,00	390,00	390,00	70,20	0,00	18,00	0,00
314		IND. BIOLOGICO 3 HORAS BITEST CX 50 UNIDADES - Val Aprox Tributos: 518,92 (31,45%)	38210000	000	5102	CX	1,0000	1.650,0000	0,00	1.650,00	1.650,00	297,00	0,00	18,00	0,00
573		TESTE BOWIE DICK MEDCONTROL PRONTO USO 4KG - Val Aprox Tributos: 172,98 (31,45%)	38229000	000	5102	UN	25,0000	22,0000	0,00	550,00	550,00	99,00	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Boleto
O.S./ Pedidos: 16186 Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
Tributos aproximados R\$ 348,36 Fed., R\$ 466,20 Est., R\$ 0,00 Mun. Fonte: IBPT 24.2.B

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 06/09/2024 11:26:11

COPYRIGHT © INNOVAE 2013 - 2024 - www.innovae.com.br



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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.009002 37001.512203 4 98620000056015
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:	07/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	560,15
Juros (R\$):	4,47
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	11,20
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	575,82
Valor Pago (R\$):	575,82

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:26:15
------------------------	---------------------

Código da operação: 36827646428**Chave de segurança:** UKUSZS2TLVPYSV0J**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

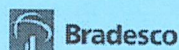
Alô CAIXA: 0800 104 0104

 ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA 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. 000.132.706 Série 001 Folha 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1327 0610 2483 2825 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 135242003204661 - 09/09/2024 17:23:45										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 582596876113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF 04.274.988/0001-38										
DESTINATÁRIO / REMETENTE														
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02										
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 050				DATA DA EMISSÃO 09/09/2024										
MUNICÍPIO GARÇA		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064										
UF SP		FONE / FAX 1836591411		DATA DA SAÍDA/ENTRADA										
INSCRIÇÃO ESTADUAL SP				HORA DA SAÍDA/ENTRADA										
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA														
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02										
ENDEREÇO RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063				DATA DA SAÍDA/ENTRADA										
MUNICÍPIO LOUVEIRA				CEP 13294-394										
UF SP				HORA DA SAÍDA/ENTRADA										
FATURA / DUPLICATA														
Num. 001														
Venc. 07/10/2024														
Valor R\$ 560,15														
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		
560,15		72,62		0,00		0,00		0,00		0,00		560,15		
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		560,15		
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA				FRETE POR CONTA 0-Remetente		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO		UF		CNPJ / CPF		
ENDEREÇO ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330				MUNICÍPIO SUMARE		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 671495090114						
QUANTIDADE 6		ESPECIE Volumes		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 21,100		PESO LÍQUIDO 21,100				
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
50404	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 SEM DISPOSITIVO DE SEGURANCA Lote: 598C5 Qt: 4000 Fab: 01/07/24 Val: 31/07/29	90183219	400	5102	UN	4.000	0,0700	280,00	280,00	33,60			12,00	
52135	AGULHA DESCARTAVEL 30X0,70MM C/ 100 SOL-MILLENNIUM Lote: 02103042 Qt: 3000 Fab: 01/10/21 Val: 30/09/26	90183219	200	5102	UN	3.000	0,0536	160,80	160,80	19,30			12,00	
26545	AGULHA DESCARTAVEL 30x0,80MM C/ 100/INJEX Lote: 175/24 Qt: 500 Fab: 01/05/24 Val: 01/05/29	90183219	000	5102	UN	500	0,0587	29,35	29,35	3,52			12,00	
41405	RIOHEX 1% SOL AQUOSA TOPICA 100ML ALMOTOLIA TWIST OF CX C/ 30 FR/RIOQUIMICA S+ Lote: 2204397A Qt: 30 Fab: 11/11/22 Val: 25/11/25 Lote: 2301528 Qt: 30 Fab: 11/05/23 Val: 05/05/26	30049047	000	5102	FR APL	60	1,5000	90,00	90,00	16,20			18,00	
DADOS ADICIONAIS														
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: PEDIDO 361448025 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira PEDIDO DE COMPRA:PDC#361448025#BIONEXO Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2483282 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\$ 95,87 Estadual: R\$ 67,22 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT										RESERVADO AO FISCO				



ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

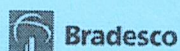
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP
Fone:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 09/09/2024	Vencimento 07/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 132706-01	Nosso Número: 00000090037	Valor: 560,15

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.009002 37001.512203 4 98620000056015

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 07/10/2024
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: 09/09/2024	No. do documento 132706-01	Espécie doc. DM	Assinatura N	Data Processamento 09/09/2024	Cart./Nosso Número 09/00000090037-3
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 560,15
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,49 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 11,20 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 31730.794521 24007.710007 5 98620000051418
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:	07/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	514,18
Juros (R\$):	0,45
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	514,63
Valor Pago (R\$):	514,63

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:26:58
------------------------	---------------------

Código da operação: 36827641925 Chave de segurança: 2C758GT0E1CXKK6K

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. 190.561

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

3524090823173400019355000001905611002123612

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

135242004999097

09/09/2024 20:39

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

09/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

09/09/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 190.561/1 Valor: 514,18 Vencdo. 07/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

514,18

Valor do ICMS

92,56

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor total dos Produtos

514,18

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor total da Nota

514,18

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta
1 - emitente
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

3

Especie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

12,000

Peso Líquido

12,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
571379	ELETRODO ECG ADULTO DESC SF22 (35X40MM) RETANGULO C/50 UND MEDIX Lote : 23DIX1918 Val. 30/10/2026	90181990	000	5102	PCT	30,00 30,00	10,650000	319,50	319,50	57,51		18,0	
573418	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL SEM VALVULA Nº 10 UND MARKMED Lote : 20630 Val. 31/07/2027	90183929	000	5102	UND	30,00 30,00	0,586800	17,60	17,60	3,17		18,0	
574198	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL SEM VALVULA Nº 08 C/05 UND MEDSONDA Lote : 77119 Val. 22/07/2028	90183929	000	5102	PCT	4,00 4,00	2,511500	10,05	10,05	1,81		18,0	
572450	CLOREXIDINA 2% (SOL DEGERMANTE) 100ML CX C/30 FR RIOQUIMICA Lote : 2300535 Val. 28/02/2025	30049047	000	5102	CX	2,00 2,00	83,517000	167,03	167,03	30,07		18,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63

JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

No. 190.561

Data de recebimento

Identificação e assinatura do receptor

SÉRIE: 0

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep: 18271-210 Tatui/SP

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

DANFEDocumento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 190.561

SÉRIE: 0

Página 2 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001905611002123612

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

135242004999097

09/09/2024 20:39

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e

No. 190.561

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.216.237

Reservado ao FISCO

CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA PEDIDO
361448025.1 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		Agência/Código Cedente		Vencimento
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.		4522/40077-1		07/10/2024
Sacador/Avalista		Número do Documento		Nosso Número
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		190561/1		109/00317307-9
Espécie	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento	(-)Descontos/Abatimentos
R\$			R\$ 514,18	
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 31730.794521 24007.710007 5 98620000051418

Local de Pagamento					Vencimento
Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					07/10/2024
Cedente					Agência/Código Cedente
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					4522/40077-1
Data Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
09/09/2024	190561/1	RC	N	09/09/2024	109/00317307-9
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento
	109	R\$			R\$ 514,18
Instruções APÓS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,15 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 10,28 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: 45.349.481/0001-02					
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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 31741.504521 24007.710007 6 98620000056888
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:	07/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	568,88
Juros (R\$):	0,51
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	569,39
Valor Pago (R\$):	569,39

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:27:32
------------------------	---------------------

Código da operação: 36827666701 Chave de segurança: R92ANRE2ZGR2EH35

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

No. 190.602

SÉRIE: 0

Página 1 de 1



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001906021002124028

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

135242006502191

09/09/2024 23:34

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

09/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

09/09/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 190.602/1 Valor: 568,88 Vencido: 07/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

568,88

Valor do ICMS

102,40

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

568,88

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

568,88

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta

1 - emitente
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do Veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

8

Espécie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

56,000

Peso Líquido

56,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
568438	PAPEL LENCOL 50CMX50M BRANCO TIPO I C/10 FORTCLEAN Lote: 250/24 Val. 30/06/2029	48030090	000	5102	CX	4,00	58,540000	234,16	234,16	42,15		18,0	
568440	PAPEL LENCOL 70CMX50M BRANCO TIPO I C/10 FORTCLEAN Lote: 250/24 Val. 30/06/2029	48030090	000	5102	CX	4,00	83,680000	334,72	334,72	60,25		18,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63

JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.: Sumaré

N/P.216.244

Reservado ao FISCO

PEDIDO 351455135.1 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 07/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento 190602/1	Nosso Número 109/00317415-0
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor R\$ 568,88	(-)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 | 341-7

34191.09008 31741.504521 24007.710007 6 98620000056888

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 07/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 09/09/2024	Número do Documento 190602/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 09/09/2024	Nosso Número 109/00317415-0
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 568,88
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,17 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 11,38 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	24690.00117 10502.507105 95516.754967 6 98620000109900
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO ABC - BRASIL S/A
Código do Banco:	246
Código do ISPB:	28195667
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COM
Nome/Razão Social:	GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COM
CPF/CNPJ:	12.047.164/0001-53
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COM
CPF/CNPJ:	12.047.164/0001-53
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:	07/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.099,00
Juros (R\$):	1,64
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00

11/10/2024, 11:05

Gerenciador____Ca_IXA

Valor Calculado (R\$):	1.100,64
Valor Pago (R\$):	1.100,64

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:28:19
------------------------	---------------------

Código da operação:	36827697095
Chave de segurança:	3AZWK9PY8G7Z3QPV

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 Pagamento

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 07/10/2024
Cedente 12.047.164/0001-53 - GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COM					Agência/Código Beneficiário 0019/002235640
Data do documento 09/09/2024	No documento 102242611	Espécie doc. CAU	Aceite NAO	Data processamento 12/09/2024	Nosso Número 00019/110/0955167549-6
Uso do banco 5025071	Carteira 110	Espécie DM	Quantidade	Valor	(=) Valor documento 1.099,00

Corte na linha pontilhada

Banco ABC Brasil SA | **246** | **24690.00117 10502.507105 95516.754967 6 98620000109900**

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 07/10/2024
Cedente 12.047.164/0001-53 - GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COM					Agência/Código cedente 0019/002235640
Data do documento 09/09/2024	No documento 102242611	Espécie doc. CAU	Aceite NAO	Data processamento 12/09/2024	Nosso Número 00019/110/0955167549-6
Uso do banco 5025071	Carteira 110	Espécie DM	Quantidade	Valor	(=) Valor documento 1.099,00

COBRAR JUROS DE MORA DE R\$ 0,550 AO DIA, A PARTIR DE 08/10/2024
TITULO TRANSFERIDO A FAVOR DO CEDENTE, SUJEITO A PROTESTO.

(-) Descontos/Abatimentos

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

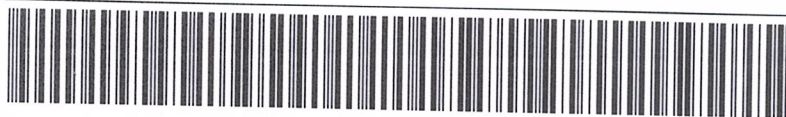
(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Sacado ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - CPF/CNPJ: 045349461000102 AV JOSE ARIANO RODRIGUES 16400400 JARDIM ARIANO LINS SP					Cód. Baixa
---	--	--	--	--	------------

Sacador/Avalista:
GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COM
RUA JOSE MARIA DE LACERDA,1900 CIDADE INDUSTRIAL 32210120 CONTAGEM MG

CPF/CNPJ:
012047164000153



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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000048 09000.070301 7 98620000028907
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:	07/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	289,07
Juros (R\$):	1,74
IOF (R\$):	0,00

Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	290,81
Valor Pago (R\$):	290,81

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:28:56
------------------------	---------------------

Código da operação:	36827701073
Chave de segurança:	3PTFL4EGNE8R6KF0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Data Seg, 2024-09-23 12:37

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 **23/09/2024 10:01**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

LOUVEIRA

ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM: **10909**

Média KM:

HM:

Motorista: **RICARDO**

Veículo:

Placa: **SYC1G14**

Cupom Fiscal: **7509**

Nota Fiscal: **7509**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	25,128 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 100,00

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

Data: 23/09/2024

Nome: 64750 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

IE: ISENTA

Placa: SVC1G14 Km: 10909

Veículos:.

Motorista: RICARDO

Valor:....: 100,00

Forma de Pagamento: NOTAS A COBRAR

Cupom: 7509

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

Recebemos de ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA os produtos e/ou serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica indicada abaixo. Emissão: 26/09/2024 Valor Total: R\$ 189,07 Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº.: 000.007.669

Série: 5

MonteCarlo

ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA

ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67

SANTO ANTONIO - CEP: 15760-000

LOUVEIRA - SP Fone: (17) 2136-6400

DANFE

Documento Auxiliar da

Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº.: 000.007.669

Série: 5

Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524 0972 9118 3700 0284 5500 5000 0076 6910 0138 4239

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

135242156290526 - 26/09/2024 20:19:06

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA NFE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

421000607117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

72.911.837/0002-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

26/09/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA ENTRADA / SAÍDA

26/09/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE / FAX

(19) 3848-3554

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA / SAÍDA

20:19:02

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	189,07
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		63,17	0,00	189,07

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE

9-Sem Transporte

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANTI.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2	GASOLINA ADITIVADA		27101259		5.656	L	28,262	6,69	189,07					

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PLACA: SYCIG14 KM: 10976 MOTORISTA: WALLACE

ICMS a ser recolhido e repassado nos termos do Capítulo V do Convênio ICMS nº 15/23.

Tributos aproximados: R\$ 24.39 (12.90%) Federal, R\$ 38.78 (20.51%) Estadual, R\$ 0.00 (0.00%) Municipal

- Fonte: IBPT - SP 19CB11

RESERVADO AO FISCO

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Data Qui, 2024-09-26 20:20

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

Olá **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**, segue um resumo da venda realizada no dia **26/09/2024 20:19**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

LOUVEIRA

ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM: **10976**

Média KM:

HM:

Motorista: **WALLACE**

Veículo:

Placa: **SYC1G14**

Cupom Fiscal: **7669**

Nota Fiscal: **7669**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA ADITIVADA	28,262 L	R\$ 6,690	R\$ 0,00	R\$ 189,07
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 189,07

Forma de Pagamento	Valor
NOTAS A COBRAR	R\$ 189,07



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

30/09/2024 12:24

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 9936032
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 30/09/2024
Vencimento: 07/10/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
	7509	23/09/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	25,13		10909		ETANOL COMUM	3,980	100,000	3,980	100,000
	7669	26/09/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	28,26		10976		GASOLINA ADITIVADA	6,690	189,070	6,690	189,070
Total de litros: 53,39												Valor Total: 289,07	

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
ETANOL COMUM	25,13	100,00	100,00
GASOLINA ADITIVADA	28,26	189,07	189,07

Valor total faturado: 289,07



Bradesco

|237-2|

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 07/10/2024	Nº do Documento 9936032
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000409-0	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 289,07
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 30/09/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data
			Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)

() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado () Recusado () Não Procurado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente () Outros (anotar no verso)

Recibo do Pagador



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000048 09000.070301 7 98620000028907

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000409-0
Número do documento 9936032	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 07/10/2024	Valor documento R\$ 289,07	
(-) 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\$ 0,58 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000048 09000.070301 7 98620000028907

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 07/10/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 30/09/2024	Nº documento 9936032	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 30/09/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000409-0
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor R\$ 289,07
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa

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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	60490.00117 21005.793704 00885.552331 3 98630000222935
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO INDUSTRIAL DO BRASIL S/A
Código do Banco:	604
Código do ISPB:	31895683
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	GLOBAL HOSPITALAR IMP E COM S.A
Nome/Razão Social:	GLOBAL HOSPITALAR IMP E COM S.A
CPF/CNPJ:	12.047.164/0001-53
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	GLOBAL HOSPITALAR IMP E COM S.A
CPF/CNPJ:	12.047.164/0001-53
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:	18/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.229,35
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00

Valor Calculado (R\$):	2.229,35
Valor Pago (R\$):	2.229,35

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:30:19
------------------------	---------------------

Código da operação:	36827715200
Chave de segurança:	XVJEHKT3HT9Y1628

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

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



604-1

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COMERCIO SA		Agência / Código do Beneficiário 00019 / 010190219	Vencimento 08/10/2024	Nº do Documento 224351
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - CNPJ: 45.349.461/0001-02		Carteira / Nosso Número 00019/121/0008855523-3	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 2.229,35
Local de pagamento PAGÁVEL EM TODA REDE BANCÁRIA		Data de Processamento 03/10/2024		
Recebi(ems) o bloqueto	Data	Assinatura	Data	Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)

() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado () Recusado () Não Procurado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente () Outros (anotar no verso)

Recibo do Pagador



604-1

60490.00117 21005.793704 00885.552331 3 98630000222935

Beneficiário GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COMERCIO SA		Agência / Código do Beneficiário 00019 / 010190219	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 00019/121/0008855523-3
Número do documento 224351		CPF/CNPJ 12047164000153	Vencimento 08/10/2024	Valor documento R\$ 2.229,35	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - CNPJ: 45.349.461/0001-02 AV SETE DE SETEMBRO-529 - LINS / SP - CEP: 14015-069 Beneficiário Final:					

Instruções

Autenticação mecânica

MULTA DE 2,0000 % A PARTIR DE 09/10/2024
MORA DE 0,0700 % AO MÊS. A PARTIR DE 09/10/2024
SE NÃO PAGO, ENVIAR PARA CARTÓRIO EM 5 DIAS CORRIDOS APÓS O VENCIMENTO.
TÍTULO CEDIDO AO BANCO INDUSTRIAL DO BRASIL S.A.
Dúvidas: (11) 3049-9794 ou checagem@bib.com.br

Corte na linha pontilhada



604-1

60490.00117 21005.793704 00885.552331 3 98630000222935

Local de pagamento PAGÁVEL EM TODA REDE BANCÁRIA						Vencimento 08/10/2024
Beneficiário GLOBAL HOSPITALAR IMPORTACAO E COMERCIO SA - 12.047.164/0001-53						Agência / Código Beneficiário 00019 / 010190219
Data do documento 11/09/2024		Nº documento 224351	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 03/10/2024	Carteira / Nosso número 00019/121/0008855523-3
Uso do banco 0057937	CIP	Carteira CB CAUCION	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento R\$ 2.229,35
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)						(-) Desconto / Abatimentos
MULTA DE 2,0000 % A PARTIR DE 09/10/2024 MORA DE 0,0700 % AO MÊS. A PARTIR DE 09/10/2024 SE NÃO PAGO, ENVIAR PARA CARTÓRIO EM 5 DIAS CORRIDOS APÓS O VENCIMENTO. TÍTULO CEDIDO AO BANCO INDUSTRIAL DO BRASIL S.A. Dúvidas: (11) 3049-9794 ou checagem@bib.com.br						(-) Outras deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros acréscimos
						(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - CNPJ: 45.349.461/0001-02 AV SETE DE SETEMBRO-529 - LINS / SP - CEP: 14015-069 Beneficiário final:						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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	75691.32140 01401.110406 00799.370010 5 98630000329700
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MEDI
Nome/Razão Social:	PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MEDI
CPF/CNPJ:	30.461.442/0001-04
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	08/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.297,00
Juros (R\$):	2,19
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	65,94
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	3.365,13
Valor Pago (R\$):	3.365,13

Data/hora da operação: 10/10/2024 14:30:53

Código da operação: 36827737934
--

Chave de segurança: H748L0P90VMEUWG0

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA	Cód.Cooper./Cód.Beneficiário 3214/401110-4	Data do Documento 10/09/2024	Vencimento 08/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (6276) AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 - JARDIM ARIANO 16400-400 - LINS-SP	Número Documento: 16010-01	Nosso Número: 0007993	Valor do Documento: 3.297,00
Autenticação Mecânica			



756-7

75691.32140 01401.110406 00799.370010 5 98630000329700

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 08/10/2024
Beneficiário PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA- 30.461.442/0004-49					Cód.Cooper./Cód.Beneficiário 3214/401110-4
Data do documento: 10/09/2024	No. do documento 16010-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 10/09/2024	Nosso Número 0007993-7
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie Moeda RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 3.297,00
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,10 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 65,94 ATENÇÃO: Informamos que a Precision Hospitalar centralizará TODOS os recebimentos de notas fiscais faturadas pelo CNPJ da filial 30.461.442/0004-49, seja através de boletos, depósitos, ou PIX, em conta corrente no CNPJ da matriz 30.461.442/0001-04. Sujeito a protesto após 10 do vencimento.					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (6276)
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 - JARDIM ARIANO
16400-400 - LINS-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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	07790.00116 12071.050699 00742.408081 6 98630000040230
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO INTER S/A
Código do Banco:	77
Código do ISPB:	00416968
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C
Nome/Razão Social:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C
CPF/CNPJ:	67.251.314/0001-38
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTR
CPF/CNPJ:	67.251.314/0001-38
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C
CPF/CNPJ:	67.251.314/0001-38
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	08/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	402,30
Juros (R\$):	0,80
IOF (R\$):	0,00

Multa (R\$):	12,06
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	415,16
Valor Pago (R\$):	415,16

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:31:48
------------------------	---------------------

Código da operação:	36827744877
Chave de segurança:	E6KPXFRGGLHHNFG1

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

RECEBEMOS DE KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

Nº 000.001.787
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

KAUPLAST COMERCIO DE
MATERIAIS DE CONSTRUCAO
LTDA
KAUPLASTRUA MARIO P DUTRA, 428 -
RESIDENCIA LOUVEIRA - SP CEP:
13.290-000 FONE: (19)3878-2432

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DE NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 000.001.787

SÉRIE: 1

Página: 1 de 2

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524 1067 2513 1400 0138 5500 1000 0017 8710 0001 7625

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

135242195475534 01/10/2024 17:11:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL

421007903113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ

67.251.314/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

01/10/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA ENTRADA / SAÍDA

01/10/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE / FAX

11973681416

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA / SAÍDA

17:11:00

FATURA / DUPLICATA

001-1 402,30 08/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO D ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

402,30

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS

124,53

VALOR TOTAL DA NOTA

402,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

3 - Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CÓDIGO DE BARRAS	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR APROX. TRIBUTOS	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
359	LIZ CAIXA 1 POSTO SOBREPOR TRAMONTINA	7891435052190	39259090	0500	5405	UN	1,0000	8,0000	8,00	2,63		0,00			
555	LIZ MODULO TOMADA 10A BRANCO TRAMONTINA	7891435064131	85366910	0500	5405	UN	1,0000	6,5000	6,50	2,34		0,00			
6245	SISTEMA X COTOVELO INTERNO UNIDADE	7891435041323	27160000	0500	5405	UN	4,0000	2,0000	8,00	3,08		0,00			
1415	CANAleta ADESIVA BRANCA 10MM TRAMONTINA	7891435934588	39162000	0500	5405	UN	2,0000	9,9000	19,80	6,34		0,00			
9718	FIO CABO FLEX COBRECOM 750V 2.50 MM AZUL METRO		85444900	0500	5405	UN	8,0000	2,1000	16,80	5,28		0,00			
11590	FIO CABO FLEX COBRECOM 750V 2.50 MM VERMELHO METRO		85444900	0500	5405	UN	8,0000	2,1000	16,80	5,28		0,00			
11620	FIO CABO FLEX COBRECOM 750V 2.50 MM VERDE METRO		85441100	0500	5405	UN	8,0000	2,1000	16,80	5,28		0,00			
13195	CADEADO HASTE LONGA 50MM GOLD	7898495460613	83011000	0102	5102	UN	1,0000	32,0000	32,00	10,06		0,00			
2510	SUPORTE MICROONDAS PRETO F100 MULTIVISAO	7896643400030	73269090	0102	5102	UN	1,0000	69,9000	69,90	21,12		0,00			
201	MINI PROLONGADOR 1/2 COM SEXTAVADO INTERNO ROCCO	7899786804710	74122000	0102	5102	UN	1,0000	9,0000	9,00	2,89		0,00			
1883	MARTELO CUNHA MADEIRA 25MM 104106 SPARTA	7899612781383	82052000	0500	5405	UN	1,0000	33,0000	33,00	11,09		0,00			
8014	PRATELEIRA 80X30 NOGUEIRA BEMFIXA	7896689099748	94033000	0102	5102	UN	1,0000	39,0000	39,00	10,16		0,00			

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPIIN.

RESERVADO AO FISCO

		KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA KAUPLAST RUA MARIO P DUTRA, 428 - RESIDENCIA LOUVEIRA - SP CEP: 13.290-000 FONE: (19)3878-2432		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA 1 Nº 000.001.787 SÉRIE: 1 Página: 2 de 2		CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 1067 2513 1400 0138 5500 1000 0017 8710 0001 7625 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 135242195475534 01/10/2024 17:11:10											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421007903113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.		CNPJ 67,251,314/0001-38											
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CÓDIGO DE BARRAS	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR APROX. TRIBUTOS	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
10284	TORNEIRA ESFERA PARA CADEADO 1/2 AJAX	7899658909161	84818095	0500	5405	UN	1,0000	17,0000	17,00	5,35		0,00			
2509	SUPORTE MICROONDAS BRANCO F200 MULTIVISAO	7896643400047	73269090	0102	5102	UN	1,0000	69,9000	69,90	21,12		0,00			
1609	TORNEIRA JARDIM CURTA AMARELA 1128 BR SEVEN	7892064311245	84818019	0500	5405	UN	1,0000	29,9000	29,90	9,40		0,00			
5473	FLANGE CAIXA DAGUA 25X3/4 PLASTILIT	9781000054736	39174090	0500	5405	UN	1,0000	9,9000	9,90	3,11		0,00			

	Carta de Correção Eletrônica KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA RUA MARIO P DUTRA, 428 - RESIDENCIA LOUVEIRA - SP CEP: 13.290-000 FONE: (19)3878-2432		Nº 1  1101103524106725131400013855001000001787100001762501
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 421007903113	CNPJ 67.251.314/0001-38	EMIÇÃO DO EVENTO 01/10/2024 17:20:29
			NÚMERO DO PROTOCOLO DA SEFAZ 135242195579255

A(o)

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Prezado(s) Senhor(es)

REF.: CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO FISCAL E COMUNICAÇÕES DE INCORREÇÕES

Em face do que determina a legislação fiscal vigente, vimos pela presente comunicar-lhe(s) que a Nota Fiscal Eletrônica em referênte contém a(s) seguinte(s) irregularidade(s) que abaixo apontamos, cuja correção estamos efetuando mediante esta Carta de Correção Eletrônica, transmitida ao SEFAZ de origem, autorizada e protocolada.

Dados da NF-e

Chave NF-e	35241067251314000138550010000017871000017625
Número	001787
Série	1

Dados da NF-e

CONTRATO DE GESTAO 01/2004, PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

A Carta de Correção é disciplinada pelo parágrafo 1º-A do art. 7º do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com: I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação; II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário; III - a data de emissão ou de saída.



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

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

R MARIO P.DUTRA, 428 - RESIDENCIAL BURCH

Pedido - Pendente

Nº 8089

04/09/2024 16:48:37

Dados do Cliente

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

Dados da Entrega

Endereço
RUA DR ORLANDO T SANTOS
Bairro
WILLIAMS
Cidade
GARÇA

UF
SP

Número
50
Cep
17.402-064

Complemento

Retirada
Entrega

Produtos

Código	Produtos	U.M.	Qtde	Sem Desc R\$	Vir Unit. R\$	Vir Total R\$
2509	SUORTE MICROONDAS BRANCO F200 MULTIVISAO	UN	1,000	69,900	69,900	69,90 ✓
7892064311245	TORNEIRA JARDIM CURTA AMARELA 1128 BR SEVEN	UN	1,000	29,900	29,900	29,90 ✓
5473	FLANGE CAIXA DÁGUA 25X3/4 PLASTILIT	UN	1,000	9,900	9,900	9,90 ✓
Total R\$						109,70

Observações

LUIZ

Totais do Pedido

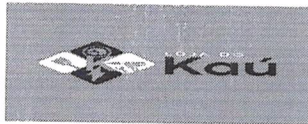
Qtde	3
Total R\$	109,70
Desconto R\$	0,00
Sub Total R\$	109,70
Recebido R\$	0,00
Troco R\$	0,00

Vendedor

LUCIANA ALICE GONÇALVES SILVA

Autorizo e concordo com os itens acima discriminados.

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



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

Tel.: 19 3878-2432/19 98206-7383 EMAIL: kauplast@hotmail.com
R MARIO P.DUTRA, 428 - RESIDENCIAL BURCH

Pedido - Pendente

Nº 8154

09/09/2024 14:42:35

Dados do Cliente

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

Dados da Entrega

Endereço
RUA DR ORLANDO T SANTOS
Bairro
WILLIAMS
Cidade
GARÇA
UF
SP
Número
50
Cep
17.402-064
Complemento
Retirada
Entrega

Produtos

Código	Produtos	U.M.	Qtde	Sem Desc R\$	Vir Unit. R\$	Vir Total R\$
7896643400030	SUPORTE MICROONDAS PRETO F100 MULTIVISAO	UN	1,000	69,900	69,900	69,90 ✓
7899612781383	MARTELO CUNHA MADEIRA 25MM 104106 SPARTA	UN	1,000	33,000	33,000	33,00 ✓
7899658909161	TORNEIRA ESFERA PARA CADEADO 1/2 AJAX	UN	1,000	17,000	17,000	17,00 ✓
8014	PRATELEIRA 80X30 NOGUEIRA BEMFIXA	UN	1,000	39,000	39,000	39,00 ✓
201	MINI PROLONGADOR 1/2 COM SEXTAVADO INTERNO ROCO	UN	1,000	9,000	9,000	9,00 ✓
Total R\$						167,90

Observações

LUIZ

Totais do Pedido

Qtde	5
Total R\$	167,90
Desconto R\$	0,00
Sub Total R\$	167,90
Recebido R\$	0,00
Troco R\$	0,00

Vendedor

GRACIELE ARAUJO

Autorizo e concordo com os itens acima discriminados.

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



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

Tel.:19 3878-2432/19 98206-7383 EMAIL: kauplast@hotmail.com
R MARIO P.DUTRA, 428 - RESIDENCIAL BURCH

Pedido - Pendente

Nº 8310
18/09/2024 15:26:56

Dados do Cliente

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

Dados da Entrega

Endereço
RUA DR ORLANDO T SANTOS
Bairro
WILLIAMS
Cidade
GARÇA
UF
SP
Número
50
Cep
17.402-064
Complemento
Retirada
Entrega

Produtos

Código	Produtos	U.M.	Qtde	Sem Desc R\$	Vir Unit. R\$	Vir Total R\$
7898495460613	CADEADO HASTE LONGA 50MM GOLD	UN	1,000	32,000	32,000	32,00
Total R\$						32,00

Observações

LUIZ

Totais do Pedido

Qtde	1
Total R\$	32,00
Desconto R\$	0,00
Sub Total R\$	32,00
Recebido R\$	0,00
Troco R\$	0,00

Vendedor

NAIARA

Autorizo e concordo com os itens acima discriminados.

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



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

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

R MARIO P.DUTRA, 428 - RESIDENCIAL BURCH

Pedido - Pendente

Nº 8522

30/09/2024 14:44:44

Dados do Cliente

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

Dados da Entrega

Endereço
RUA DR ORLANDO T SANTOS
Bairro
WILLIAMS
Cidade
GARÇA
UF
SP
Número
50
Cep
17.402-064
Complemento
Retirada
Entrega

Produtos

Código	Produtos	U.M.	Qtde	Sem Desc R\$	Vir Unit. R\$	Vir Total R\$
7891435064131	LIZ MODULO TOMADA 10A BRANCO TRAMONTINA	UN	1,000	6,500	6,500	6,50 ✓
7891435052190	LIZ CAIXA 1 POSTO SOBREPOR TRAMONTINA	UN	1,000	8,000	8,000	8,00 ✓
9718	FIO CABO FLEX COBRECOM 750V 2,50 MM AZUL METRO	UN	8,000	2,100	2,100	16,80 ✓
11590	FIO CABO FLEX COBRECOM 750V 2,50 MM VERMELHO METRO	UN	8,000	2,100	2,100	16,80 ✓
11620	FIO CABO FLEX COBRECOM 750V 2,50 MM VERDE METRO	UN	8,000	2,100	2,100	16,80 ✓
1415	CANALETA ADESIVA BRANCA 10MM TRAMONTINA	UN	2,000	9,900	9,900	19,80 ✓
6245	SISTEMA X COTOVELO INTERNO UNIDADE	UN	4,000	2,000	2,000	8,00
Total R\$						92,70

Observações

LUIZ

Totais do Pedido

Qtde	32
Total R\$	92,70
Desconto R\$	0,00
Sub Total R\$	92,70
Recebido R\$	0,00
Troco R\$	0,00

Vendedor

NAIARA

Autorizo e concordo com os itens acima discriminados.

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



Boleto Pix
R\$ 402,30

Quem vai receber:

KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C



Beneficiário

67.251.314/0001-38 - KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C

Endereço do Beneficiário

RUA MARIO PDUTRA 428 , 13290-000 LOUVEIRA - SP

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Vencimento

08/10/2024

Valor do Documento

402,30

Agência / Código do Beneficiário

00019/246019670

Nosso Número / Cód. do Documento

00019/112/9007424080-8

Autenticação Mecânica



077-9

07790.00116 12071.050699 00742.408081 6 98630000040230

Local De Pagamento

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO

Vencimento

08/10/2024

Beneficiário

67.251.314/0001-38 - KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C

Agência / Código do Beneficiário

00019/246019670

Data do Documento

01/10/2024

Nº do Documento

1787-1

Espécie Documento

DM

Aceite

NÃO

Data de Processamento

01/10/2024

Uso do banco

Carteira

112

Espécie Moeda

BRL

Quantidade Moeda

Valor Moeda

Valor do Documento

402,30

Informações de responsabilidade do beneficiário

MULTA DE 3% EM 09/10/2024.MORA DE 3% A PARTIR DE 09/10/2024.

Data Limite para pagamento: 07/12/2024

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50
WILLIAMS, 17402-064 GARÇA/SP

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

Beneficiário Final

KAUPLAST COMERCIO DE MATERIAIS DE C

CNPJ/CPF: 67.251.314/0001-38



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 02815.634007 00096.431176 6 98640000146580
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
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:	09/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.465,80
Juros (R\$):	1,47
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.467,27
Valor Pago (R\$):	1.467,27

Data/hora da operação:	10/10/2024 14:42:22
------------------------	---------------------

Código da operação: 36827752208 Chave de segurança: M4RJTCQSUUKM05P
--

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

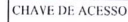
Alô CAIXA: 0800 104 0104

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 - Vila Belmiro - SANTOS - SP - CEP: 11075-330 Fone: (13)3228-2305		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.321.007 Série 001 Folha 1/2												
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC		CHAVE DE ACESSO 3524 0904 1928 7600 0138 5500 1000 3210 0710 0977 5600		CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-e www.nfc.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633566329115		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242003242211 09/09/2024 17:26:40										
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 09/09/2024									
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3			BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400									
MUNICÍPIO LINS			UF SP	TELEFONE / FAX (18)3659-1243	INSCRIÇÃO ESTADUAL									
					HORA DA SAÍDA 17:25:38									
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA														
NOME / RAZÃO SOCIAL Hospital Santo Antonio de Louveira			CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		INSCRIÇÃO ESTADUAL									
ENDEREÇO Rua Luiz Martins Cruz 63			BAIRRO / DISTRITO Jardim Lago Azu		CEP 00000-000									
MUNICÍPIO LOUVEIRA			UF SP	TELEFONE / FAX										
FATURA														
DADOS DA FATURA		Número: 321007 - Valor Original: R\$ 1.465,80 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 1.465,80												
PARCELAS														
Número : 001														
Vencimento : 09/10/2024														
Valor : R\$ 1.465,80														
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.465,80		VALOR DO ICMS 263,84		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00										
VALOR DO ICMS SUBST. 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.465,80												
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.465,80									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI			FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE		CÓDIGO ANTI PLACA DO VEÍCULO									
ENDEREÇO R SAO PAULO, 41			MUNICÍPIO SANTOS		UF SP									
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO									
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM SH	CST	CTOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	IPPI
19882	LUVA CIRURGICA ESTERIL N.6,5 [COM PO] LIFE PLUS LOTE: LP013N QTD: 50,00 FAB: 01/01/2024 VAL: 01/01/2027	40151200	000	5102	PAR	50,00	1,3000	0,00	65,00	65,00	11,70	0,00	18,00	0,00
21394	SCALP 21G P/INFUSAO LOTE: 20230615 QTD: 50,00 FAB: 30/06/2023 VAL: 30/06/2028	90183929	000	5102	CX	50,00	22,6000	0,00	1.130,00	1.130,00	203,40	0,00	18,00	0,00
22	ABAIXADOR DE LINGUA PCT C/100 UN NAO ESTERIL	44219900	000	5102	PCT	10,00	5,0300	0,00	50,30	50,30	9,05	0,00	18,00	0,00
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO								
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 9805 / / Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azu - LOUVEIRA - SP / Obs: ID361448025 - Entrega 10/09/2024 - Acrescentar na Nota Fiscal Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Tributo aproximado RS: 56,96 Federal RS: 6,04 Estadual Fonte: IBPT /														

Rua Sao Paulo, 13 - Vila Belmiro - SANTOS - SP - CEP: 11075-330
Fone: (13)3228-2305

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1



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

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

135242003242211 09/09/2024 17:26:40

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\$		28156340000096431-0
Endereço				
R SAO PAULO 13. VILA BELMIRO SANTOS SP - 11075330				
Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento
321007/1NFE	19415963	04.192.876/0001-38	09/10/2024	1.465,80
(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
				1.465,80
Pagador				
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO - 45.349.461/0001-02				
Instruções				Autenticação mecânica
JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,47 desde: 10.10.2024				
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 00096.431176 6 98640000146580	
Pagável em qualquer banco até o vencimento				09/10/2024	
Beneficiário				Agência/Código Beneficiário	
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.				3359-6 / 25002-3	
Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
09/09/2024	321007/1NFE	DM	N	04/10/2024	28156340000096431-0
Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	Valor Documento	
17	R\$			1.465,80	
Instruções				(-) Desconto/Abatimento	
JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,47 desde: 10.10.2024				(-) 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	
				1.465,80	
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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.308177 5 98650000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:32:31
------------------------	---------------------

Código da operação: 36845364940 Chave de segurança: Q1SMWXMLMFJL74JZ6
--

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

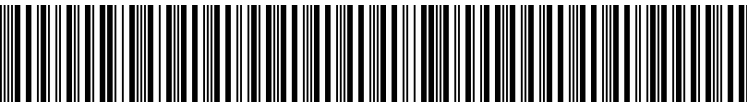
1. Imprima em uma impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta. Não use modo
2. Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas a esquerda e a direita do
3. Corte na linha indicada. Não rasure, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.

Corte na linha pontilhada

 BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.194171 4 98640000048000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004194-6	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004172	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 09/10/2024	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: 10.10.2024 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 00004.194171 4 98640000048000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 09/10/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 18/09/2024	Nr. do documento 004172	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 04/10/2024	Nosso número 32905220000004194-6
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 480,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 1,25 desde: 10.10.2024 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	23791.96906 90000.002049 31004.391301 8 98650000011000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	24.848.572/0001-93
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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	110,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	110,00
Valor Pago (R\$):	110,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 15:46:10
------------------------	---------------------

Código da operação: 36828347803 Chave de segurança: 5NGJX4EH2LN8QXFN

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

**237-2****23791.96906 90000.002049 31004.391301 8 98650000011000**

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

28/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20431

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,04 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4410 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4410**
3/5 -

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**45.349.461/0001-02****R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Insertsoft SAT

**237-2****23791.96906 90000.002049 31004.391301 8 98650000011000**

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

28/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20431

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,04 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4410 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4410**

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**45.349.461/0001-02****R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	23791.96906 90000.002049 29004.391305 1 98650000014000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	24.848.572/0001-93
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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	140,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	140,00
Valor Pago (R\$):	140,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 15:47:52
------------------------	---------------------

Código da operação: 36828395182 Chave de segurança: 1H9K7JRFS5CJ12WX

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

**237-2****23791.96906 90000.002049 29004.391305 1 98650000014000**

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20429

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4406 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4406**
3/5 -

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**45.349.461/0001-02****R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Insertsoft SAT

**237-2****23791.96906 90000.002049 29004.391305 1 98650000014000**

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20429

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4406 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4406**

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**45.349.461/0001-02****R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	23791.96906 90000.002049 27004.391309 2 98650000016000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	24.848.572/0001-93
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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	160,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	160,00
Valor Pago (R\$):	160,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 15:47:24
------------------------	---------------------

Código da operação: 36828353291 Chave de segurança: 3KFWWYNTV162RWP5

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

**237-2****23791.96906 90000.002049 27004.391309 2 98650000016000**

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20427

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4403 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4403**
3/5 -

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP****45.349.461/0001-02**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Insertsoft SAT

**237-2****23791.96906 90000.002049 27004.391309 2 98650000016000**

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20427

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4403 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4403**

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP****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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	23791.96906 90000.002049 29004.391305 1 98650000014000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	24.848.572/0001-93
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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	140,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	140,00
Valor Pago (R\$):	140,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 15:47:52
------------------------	---------------------

Código da operação: 36828395182 Chave de segurança: 1H9K7JRFS5CJ12WX

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

**237-2****23791.96906 90000.002049 28004.391307 1 98650000014000**

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20428

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4404 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4404**
3/5 -

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP****45.349.461/0001-02**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Insertsoft SAT

**237-2****23791.96906 90000.002049 28004.391307 1 98650000014000**

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20428

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4404 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4404**

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP****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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	23791.96906 90000.002049 28004.391307 1 98650000014000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
Nome/Razão Social:	CAF- PRODUTOS HOSPITALARES
CPF/CNPJ:	24.848.572/0001-93
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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	140,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	140,00
Valor Pago (R\$):	140,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 15:48:17
------------------------	---------------------

Código da operação: 36828389851 Chave de segurança: L3E7702HCWHVNJY0

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

**237-2****23791.96906 90000.002049 30004.391303 3 98650000014000**

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20430

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4407 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4407**
3/5 -

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**45.349.461/0001-02****R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Insertsoft SAT

**237-2****23791.96906 90000.002049 30004.391303 3 98650000014000**

LOCAL DE PAGAMENTO

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco

BENEFICIÁRIO

CAF - COMERCIO E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS E
AV OROSIMBO MAIA, 921 -
VILA ITAPURA - CAMPINAS - SP**24.848.572/0001-93**

DATA DOCUMENTO

27/06/2024

NÚMERO DO DOCUMENTO

20430

ESPÉCIE DO DOCUMENTO

DM

ACEITE

N

DATA PROCESSAMENTO

03/10/2024

USO DO BANCO

CARTEIRA

09

ESPÉCIE MOEDA

R\$

QTDE MOEDA

VALOR

X

INSTRUÇÕES (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

Cobrar juros de mora de R\$ 0,05 por dia de atraso e
Multa de 2,00 % sobre o valor do débito.**Docto: CONTRATO 4407 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE AO CONTRATO 4407**

UNIDADE CEDENTE

PAGADOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**45.349.461/0001-02****R LUIS MARTINS CRUZ, 63****13291-010 SANTO ANTONIO****LOUVEIRA****- SP**

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO



LOCADOR

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

CNPJ 24.848.572/0001-93 IE 795.719.662.115

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

Fone: 19 3367-7333 / 3305-2645

E-mail: financeiro@cafcenter.com.br

Locatario

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

NOTA DE DEBITO REFERENTE A LOCAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

Contrato 4410, 4403, 4404, 4406 e 4407

Pagamento 10/10/2024 ref ao periodo de 27/09/2024 a 27/10/2024

001/2024 órgão: prefeitura municipal de louveira.

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

Informações Adicionais:

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

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

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

RECEBIDO / NOME

DATA



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:	1969 / 00000043913-4
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	CAF COMERCIO E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS
CPF/CNPJ:	24.848.572/0001-93
Valor:	R\$ 690,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	10/10/2024
Data / Hora da operação:	10/10/2024 15:54:37

Código da operação:	21318334
Chave de segurança:	U4N4YKKJ9KQXES7X

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

LOCADOR

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

CNPJ 24.848.572/0001-93 IE 795.719.662.115

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

Fone: 19 3367-7333 / 3305-2645

E-mail: financeiro@cafcenter.com.br

Locatario

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

NOTA DE DEBITO REFERENTE A LOCAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

Contrato 4410, 4403, 4404, 4406 e 4407

Pagamento 10/08/2024 ref ao periodo de 27/07/2024 a 27/08/2024

001/2024 órgão: prefeitura municipal de louveira.

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

Informações Adicionais:

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

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

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

RECEBIDO / NOME

DATA



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.309175 1 98650000005500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	55,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	55,00
Valor Pago (R\$):	55,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:26:05
------------------------	---------------------

Código da operação: 36845219780**Chave de segurança:** QP6U087FKK332SP1**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.013.556

Série 001

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 000.013.556

SÉRIE 001

FOLHA 1/1

3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0135 5610 0015 7539

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO

VENDA

DADOS DA NF-e

Protocolo: 135242095449326

Data: 19/09/2024 15:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL

712168965111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

19/09/2024

ENDEREÇO

RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA SAÍDA / ENTRADA

19/09/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE

(16) 3374-8438

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA

15:27:14

FATURA / DUPLICATA

001 - 55,00 - 10/10/2024

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI	
								55,00	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS								55,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE
1-DESTINATÁRIO

9

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

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	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
0002	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL G - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	1,00	55,00	55,00				

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTAO 001/2024 E PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA, - ENTREGA REFERENTE AO DIA 13/09/2024; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 7,40 (13,45%) FEDERAL E R\$ 9,90 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE.

RESERVADO AO FISCO

Essencialox Com Gases Eq. Ltda

001

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064			
Documento 004287	Vencimento 10/10/2024	Nosso Número 32905220000004309	(=) Valor Documento 55,00
Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____			



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1		Vencimento 10/10/2024	
Data do Documento 07/10/2024		Nº Documento 004287		Espécie DM		Aceite N	
Data Processamento 07/10/2024		Nosso Número 32905220000004309		Data do Documento 07/10/2024		Espécie DM	
Uso do Banco		Carteira 17-19		Moeda R\$		Quantidade	
Instruções JUROS DE MORA DE R\$0,14 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.		Valor 55,00		(=) Valor Documento 55,00		(-) Desconto	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa	
						(+) Outros Acréscimos	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica



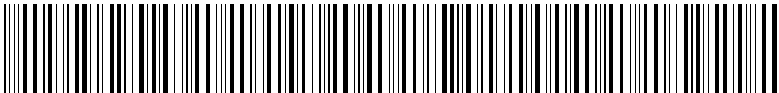
001-9

00190.00009 03290.522006 00004.309175 1 98650000005500

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO				Vencimento 10/10/2024			
Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1			
Data do Documento 07/10/2024		Nº Documento 004287		Espécie DM		Aceite N	
Data Processamento 07/10/2024		Nosso Número 32905220000004309		Data do Documento 07/10/2024		Espécie DM	
Uso do Banco		Carteira 17-19		Moeda R\$		Quantidade	
Instruções JUROS DE MORA DE R\$0,14 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.		Valor 55,00		(=) Valor Documento 55,00		(-) Desconto	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa	
						(+) Outros Acréscimos	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 10318.650149 21443.850009 8 98650000115032
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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.150,32
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.150,32
Valor Pago (R\$):	1.150,32

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:26:58
------------------------	---------------------

Código da operação: 36845233660 Chave de segurança: CF2S52PP8LCJP30H

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Secretaria Municipal de Finanças
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
RPS Nº 2211165 Série 1, emitido em 20/09/2024

NÚMERO NOTA
15734
DATA E HORA DA EMISSÃO
20/09/2024 16:47:34
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
RFCK89WI

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 **vanessacastilho.dpsp@gmail.com**
ENDEREÇO **Avenida José Ariano Rodrigues - Jardim Ariano - CEP: 16400400, 303**
MUNICÍPIO **Lins** TELEFONE **30111234**
COMPLEMENTO **SALA 03**

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)

São Paulo

LOCAL DA INCIDÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S)

São Paulo**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

NOTA REFERENTE AO SERVIÇO NO FORNECIMENTO DE VALE TRANSPORTE
TOTAL BENEFICIOS: 1.116,00
REPASSE: 20,48
TOTAL DO PEDIDO Nº 50548 : 1150,32

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$13,84

CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

03205 - Fornecimento e Administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data e Hora da Impressão: 20/09/2024 16:47:34

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

DATA

Identificação e Assinatura do Recebedor

NÚMERO NOTA

15734

Up Benefícios



Fatura

Data de Emissão: 26/09/2024
Nro.: 9518

Prestador

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

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

Tomador

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

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

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE TRANSPORTE DO PEDIDO Nº 50548.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Transporte -

Período de 01/09/2024 até 30/09/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 1.116,00
REPASSE:	R\$ 20,48
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\$ 1.136,48

Observações:

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

**EDUARDO HUMBERTO CAMARGO**

Pedido Nº 50548 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/09/2024 até 30/09/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000**EDUARDO HUMBERTO CAMARGO**

Pedido Nº 50548 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/09/2024 até 30/09/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

**MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO**

Pedido Nº 50548 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/09/2024 até 30/09/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000**MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO**

Pedido Nº 50548 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/09/2024 até 30/09/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido. Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

...



ROSANA APARECIDA DA SILVA

Pedido Nº 50548 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/09/2024 até 30/09/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
Total Fornecido:		372,00

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

ROSANA APARECIDA DA SILVA

Pedido Nº 50548 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/09/2024 até 30/09/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Emissão: 26/09/2024 14:23

Recibo do Pagador

Itaú

Banco Itaú S.A.

|341-7|

34191.09008 10318.650149 21443.850009 8 98650000115032

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário		Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5		R\$		109/00103186-5
Número do documento		CPF/CNPJ	Vencimento		Valor documento	
000103186		17359884000178	10/10/2024		R\$ 1.150,32	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado	
Pagador						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Avenida José Ariano Rodrigues						
Jardim Ariano - 3527108/SP - CEP: 16400-400						
Instruções						
Não Receber após o vencimento.						
Boleto referente ao Pedido 50548 de 01/09/2024 a 30/09/2024.						
Autenticação mecânica						

Corte na linha pontilhada

Itaú

Banco Itaú S.A.

|341-7|

34191.09008 10318.650149 21443.850009 8 98650000115032

Local de pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					10/10/2024	
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário	
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5	
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número	
20/09/2024	000103186		N	20/09/2024	109/00103186-5	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento	
	109	R\$			R\$ 1.150,32	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos	
Não Receber após o vencimento.					(-) Outras deduções	
Boleto referente ao Pedido 50548 de 01/09/2024 a 30/09/2024.					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor cobrado	
Pagador						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Avenida José Ariano Rodrigues						
Jardim Ariano - 3527108/SP - CEP: 16400-400						
Sacador / Avalista					Cód. baixa	
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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	40390.00007 10710.409011 03910.183015 3 98650000329000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	CORA SOCIEDADE DE CREDITO DIRETO S.A.
Código do Banco:	403
Código do ISPB:	37880206
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
Nome/Razão Social:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CPF/CNPJ:	10.710.409/0001-55
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CPF/CNPJ:	10.710.409/0001-55
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	3.290,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00

Valor Calculado (R\$):	3.290,00
Valor Pago (R\$):	3.290,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:27:49
-------------------------------	---------------------

Código da operação:	36845254696
Chave de segurança:	T4YW5Y3QPT26G8LQ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

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

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Competência
10/2024

S

Número RPS:
7550Número Nota Fiscal:
9799Data Emissão
04/10/2024

SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA

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

CNPJ/CPF: 10.710.409/0001-55

Inscr. Estadual/RG:

Email: MARCIO@SINCONECTA.COM.BR

Telefone: (14) 8115-9000

CCM 549188

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

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Município da Prestação: Garça - SP

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

Exigibilidade ISS: Exigível

Incentivo Fiscal: NÃO

Regime ISS: Movimento

Local de Incidência: Bauru - SP

Dados do Tomador de Serviço

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

R DR ORLANDO T SANTOS, 50 - WILLIAM

Garça - SP - - CEP: 17402064

CNPJ/CPF: 45349461000102

Inscrição Estadual/RG:

Inscrição Municipal:

E-mail: clsato@ahbb.org.br

End. Cobrança: R DR ORLANDO T SANTOS

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

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

Observação:

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

Total da Nota	RETENÇÕES								Total Líquido
3.290,00	ISS 0,00	IRRF 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00	INSS 0,00	OUTROS 0,00		3.290,00

Esta é a chave de validação: WALJ-KXRX

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

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



A parte simples do seu negócio.



Valor
R\$ 3.290,00



Vencimento
10/10/2024

Beneficiário

Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda
CNPJ 10.710.409/0001-55



Escaneie o QR code ou código de barras

Descrição

Recorrecia Sinc.care
REF AO USO DA PLATAFORMA SINC.CARE PROD
9/2024 NFES 9799 PROJ PREF DE LOUVEIRA



Código de pagamento para copiar:

40390.00007 10710.409011
03910.183015 3 98650000329000

Antes do vencimento

R\$ 0,00

desconto



Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo



Após o vencimento

R\$ 65,80 1,00%

multa juros

Intermediado por: Cora Sociedade de Crédito

Direto

CNPJ 37.880.206/0001-63



Data de emissão: 04/10/2024

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

Cora | 403-9 |

40390.00007 10710.409011 03910.183015 3 98650000329000

Local de Pagamento Pagável em qualquer agência bancária					Vencimento 10/10/2024	
Beneficiário Sinconnecta Tecnologia Da Informacao Ltda				CPF/CNPJ do Beneficiário 10.710.409/0001-55		Agência/Código do Beneficiário 0001
Data do Documento 04/10/2024		Nr. do Documento 103910183		Espécie Doc DV	Aceite N	Nosso Número 107104090103910183
Uso do Banco	Carteira 01	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	(x) Valor		(=) Valor do Documento 3.290,00
Após o vencimento, aplicar multa de R\$ 65,80 e juros de 1,00% ao mês.						(-) Desconto
						(-) Outras Deduções/Abatimento
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador Associacao Hospitalar Beneficente Do Brasil - CNPJ 45.349.461/0001-02						
Sacador/Avalista						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01371.423102 20275.740007 8 98650000022680
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	HAND SHOP S M T LTDA
Nome/Razão Social:	HAND SHOP S M T LTDA
CPF/CNPJ:	00.267.908/0001-66
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSP 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:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	226,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	226,80
Valor Pago (R\$):	226,80

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:28:56
------------------------	---------------------

Código da operação: 36845308939
Chave de segurança: 1R99KN2MCG7M700W

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 HAND SHOP SUPRIMENTOS MEDICOS E TERAPEUTICOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO 17053 - ASSOCIACAO HOSP BENEFICENTE DO BRASIL - <SEM REGIAO> - (R\$ 226,80) (duzentos e vinte e seis reais e oitenta centavos)		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	N. 30.732 SÉRIE 1

HAND SHOP SUPRIMENTOS MEDICOS E TERAPEUTICOS LTDA

AV Pasteur N.60
Bairro SANTA EFIGENIA, Belo Horizonte - MG
Fone: (31) 3222-5478, CEP:30150290

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica



CHAVE DE ACESSO

3124 0900 2679 0800 0166 5500 1000 0307 3213 6952 5041

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

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
N. 30.732
SÉRIE 1

FOLHA 1/1

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131246173203499 10/09/2024 11:54:25
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0629082170085	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
DESTINATÁRIO/REMETENTE	CNPJ 00.267.908/0001-66

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSP BENEFICENTE DO BRASIL	17053	CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 10-09-2024
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS N. 50	BAIRRO/DISTRITO Williams	CEP 17.402-064	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 10-09-2024
MUNICÍPIO GARÇA	FONE/FAX +55 (16) 3374-8438	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA/DUPLICATA			HORA DA SAÍDA 11:54:24

BOLETO 30 DIAS| SPG=001 Venc=10/10/2024 Valor=226,80

CÁLCULO DE IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 226,80
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				226,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL TNT MERCURIO CARGAS E ENC. EXPRESS. LTDA	PRETE POR CARTA 0 - Emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 95.591.723/0183-28
ENDEREÇO Rodovia BR-381 Fernao Dias N. s/n	MUNICÍPIO BETIM	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 1866311101338		
QUANTIDADE 1,00	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 1,4000 Kg	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

COD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. DESC.	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	IPY
1764	COLAR CERVICAL RESGATE ORTOCENTER - G 0,0000 0,0000	90211020	040	6102	UN	3	25,20	0,00	0,00	75,60	0,00	0,00		0,00	
1763	COLAR CERVICAL RESGATE ORTOCENTER - M 0,0000 0,0000	90211010	040	6102	UN	3	25,20	0,00	0,00	75,60	0,00	0,00		0,00	
1762	COLAR CERVICAL RESGATE ORTOCENTER - P 0,0000 0,0000	90211010	040	6102	UN	3	25,20	0,00	0,00	75,60	0,00	0,00		0,00	

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ICMS ISENTO EM CONFORMIDADE AO ITEM 146 DO ANEXO 1 DO RICMS/2002 MG
PEDIDO BIONEXO 361448025 ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63, JARDIM LAGO AZUL - 13294-394 LOUVEIRA SÃO PAULO - SP DADOS BANCARIOS BANCO ITAU AG 3102 CONTA 02757-4 BANCO DO BRASIL AG 1229-7 CONTA 113075-7 CAIXA ECONOMICA AG. 2432 CONTA 1286-5 CP 003 HAND SHOP SUPRIMENTOS MEDICOS E TERAPEUTICOS LTDA / CNPJ 00.267.908/0001-66

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 01371.423102 20275.740007 8 98650000022680

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário HAND SHOP SUP. ME. TERAP. LTDA		CNPJ/CPF 00.267.908/0001-66		Sacador Avalista		Vencimento: 10/10/2024	
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista AV Pasteur,60 SANTA EFIGENIA Belo Horizonte - MG 30.150-290							
Nosso Número 109/00013714-2		Carteira 109	Espécie DM	Quantidade	Valor	Agência/Código Beneficiário 3102/02757-4	
Data do Documento 10/09/2024		Número do Documento 30732 - 1		Espécie do	Aceit N	Data Processamento 10/09/2024	Valor do Documento 226,80

Autenticação Mecânica



BANCO ITAU S/A | 341-7 |

34191.09008 01371.423102 20275.740007 8 98650000022680

Local do Pagamento: ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO PAGUE SOMENTE NO ITAÚ						Vencimento: 10/10/2024	
Beneficiário HAND SHOP SUP. ME. TERAP. LTDA				CNPJ/CPF 00.267.908/0001-66		Agência/Código 3102/02757-4	
Data do Documento 10/09/2024	Número do Documento 30732 - 1	Esp.Doc. DM	Aceit N	Data 10/09/2024	Nosso Número 109/00013714-2		
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 226,80		
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 4,54 APÓS VENCIMENTO COBRAR JUROS DE R\$ 0,14 POR DIA DE ATRASO. PROTESTAR APOS 3 DIAS DE ATRASO DEPOSITO C/C, SE NAO AUTORIZADO, NAO QUITA O DEBITO.					(-) Desconto/Abatimento 0,00		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(=) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIACAO HOSP BENEFICENTE DO BRASI R DR ORLANDO T SANTOS,50 17.402-064-GARÇA-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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 13493.690674 62200.560001 6 98640000061600
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ASTRA FARMA C M M H LTDA
Nome/Razão Social:	ASTRA FARMA C M M H LTDA
CPF/CNPJ:	10.571.984/0001-14
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:	09/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	616,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	616,00
Valor Pago (R\$):	616,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:30:43
------------------------	---------------------

Código da operação: 36845329013 Chave de segurança: XZHR849VU06LSAY2

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

ASTRA FARMA COMERCIO DE MAT. MED.HOSP. LTDA

RUA GERALDO DOS REIS, 80

ALA I - 37555-202

POUSO ALEGRE - MG Fone/Fax: 03534250392

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº. 000.158.857

Série 001

Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3124 0910 5719 8400 0114 5500 1000 1588 5717 5504 9458

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

131246171504514 - 09/09/2024 17:26:28

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0011053760078

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

813016672113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

10.571.984/0001-14

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

MUNICÍPIO

GARÇA

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

UF

SP

FONE / FAX

1435325198

CEP

17402-064

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

09/09/2024

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

09/09/2024

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

17:26:00

FATURA / DUPLICATA

Num.

001

Venc.

09/10/2024

Valor

RS 616,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	V. TOTAL PRODUTOS
616,00	32,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	616,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	78,24	190,57	616,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

BR4 TRANS DE CARGAS EM GERAL EIRELI

FRETE

0-Por conta do Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

23.246.316/0001-63

ENDEREÇO

AVENIDA BRASIL, 2800

MUNICÍPIO

RIO CLARO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

587220280115

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CX

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

2,700

PESO LÍQUIDO

2,900

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
000008CLIN0007	LIDOCAINA 2% S/ VASO CX C/100 AMP 5ML - HYPOCAINA - HYPOFARMA	30039053	0/00	6108	CX	2,0000	50,0000	100,00	0,00	100,00	12,00		12,00	
000050CLIN0011	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML SER C/SIST SEG SC. IV. CX C/10 - HEPTRIS - MYLAN LABORATORIOS LTDA	30049099	2/00	6108	CX	4,0000	129,0000	516,00	0,00	516,00	20,64		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: Mercadoria(s) destinada(s) a hospitais, clínicas, laboratórios, Orgao da Administracao Publica - consumidor final. Para devolucao, favor entrar em contato pelo email: devolucao@astrafarma.com.br ou pelo telefone 35 99271-6556. Em considerando a forma de pagamento da presente nota fiscal atraves de boleto bancario, tem-se por consignar que o inadimplimento dentro do prazo de 5(cinco) dias acarretara a inclusao da devedora nas listas impeditivas de protecao do credito (Serasa/SCPC) e Protesto de Titulo (duplicata) correspondente ao valor inadimplido. CLIENTE: 024846 / PEDIDO DE VENDA: 173438 - VENDEDORA: FELIPE VENTURA / PEDIDO CLIENTE: / ID 361447121 ENDERECO DE ENTREGA: RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 63 - JARDIM LAGO AZUL - 13294-394 - LOUVEIRA - SAO PAULO - SP CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Mercadorias destinadas a Consumidor Final ou a Orgao Publico. Valor Aproximado do(s) Tributo(s): R\$ 116.65 (18.94%) Federal e R\$ 73.92 (12.00%) Estadual Fonte: IBPT .Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 78.24. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0. Email do Destinatário: controladoria@ahbb.org.br contato@inteligenciadostransportes

RESERVADO AO FISCO

Impresso em 11/09/2024 as 10:05:04

Consulta Danfe

Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 09/10/2024	
Beneficiário ASTRA FARMA C M M H LTDA CNPJ 10.571.984/0001-14					Agência/Código Beneficiário 0676/22005-6	
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final RUA GERALDO DOS REIS 80 ALA I POUSO ALEGRE MG 37555 202						
Data do documento 10/09/2024	No. Do documento 000158857		Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 10/09/2024	Nosso Número 109/00134936-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 616,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 0,00 AO DIA APOS 10/10/2024 MULTA DE 12,32 SUJEITO A NEGATIVACAO SE NAO FOR PAGO NO VCTO SUJEITO A PROTESTO SE NAO FOR PAGO NO VENCTO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE CNPJ/CPF 045349461000102 Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS, 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Beneficiário Final:						

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 13493.690674 62200.560001 6 98640000061600

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 09/10/2024	
Cedente ASTRA FARMA C M M H LTDA CNPJ 10.571.984/0001-14					Agência/Código Cedente 0676/22005-6	
Data do documento 10/09/2024	No. Do documento 000158857		Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 10/09/2024	Nosso Número 109/00134936-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 616,00
Instrução (Todas informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do cedente). APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R\$ 0,00 AO DIA APOS 10/10/2024 MULTA DE 12,32 SUJEITO A NEGATIVACAO SE NAO FOR PAGO NO VCTO SUJEITO A PROTESTO SE NAO FOR PAGO NO VENCTO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Sacado: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE CNPJ/CPF 045349461000102 Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS, 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Beneficiário Final:						

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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	75691.43907 01046.062103 01031.300013 6 98630000011900
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
Código do Banco:	756
Código do ISPB:	02038232
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL MED
Nome/Razão Social:	SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL MED
CPF/CNPJ:	11.344.103/0001-95
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:	08/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	119,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	119,00
Valor Pago (R\$):	119,00

Data/hora da operação: 10/10/2024 20:31:41

Código da operação: 36845332283
--

Chave de segurança: NXH8XGT3P1EXYGRW

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 SUPER-DINATEC COMERCIO DE PAPEIS LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 18/09/2024 Dest/Rem: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - MATRIZ Valor Total: 119,00		NF-e Nº 000.039.170 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

DADOS DA FATURA	Número: 39170 - Valor Original: R\$ 119,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 119,00
-----------------	---

Número	001	
Vencimento	08/10/2024	
Valor	R\$ 119,00	

Descrição	Boleto Bancário	
Valor	R\$ 119,00	

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	V. APROX. TRIBUTOS 38,14 (32,05 %)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 119,00
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 119,00

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
CLIENTE RETIRA			1 - DESTINATARIO					
ENDEREÇO			MUNICÍPIO				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
1	CX							

[illegible]

RESERVADO AO FISCO



Beneficiário SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL NICOLAU VON ZUBEN 195 CAPELA VINHEDO - SP		11.344.103/0001-95 13285-512	Vencimento 08/10/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento	Valor do Documento 119,00 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Não cobrar encargos por atraso Não conceder desconto.			Data de Emissão 18/09/2024	(=) Valor cobrado
			Coop Contr/Cód. Beneficiário 4390/460621	
			Nosso Número 10313-0	

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento 39170	
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

75691.43907 01046.062103 01031.300013 6 98630000011900

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 08/10/2024
Beneficiário SUPERDINATEC COMERCIO E IMPORTACAO DE MATERIAL MED 11.344.103/0001-95					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 4390/460621
Data do documento 18/09/2024	N. documento 39170	Espécie DM	Aceite S	Data processamento 18/09/2024	Nosso número 10313-0
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 119,00
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) Não cobrar encargos por atraso Não conceder desconto. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4390 SICOOB INTEGRADO					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS GARÇA - SP Beneficiário Final SUPERDINATEC LTDA					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.308177 5 98650000048000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	10/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	10/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	480,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	480,00
Valor Pago (R\$):	480,00

Data/hora da operação:	10/10/2024 20:32:31
------------------------	---------------------

Código da operação: 36845364940 Chave de segurança: Q1SMWXMLMFJL74JZ6
--

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO										NF-e Nº 000.013.448 Série 001			
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR											

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

CEP 13.222-760

DANFE
Documento
Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.013.448
SÉRIE 001
FOLHA 1/1


3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0134 4810 0015 6365
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DO OPERAÇÃO VENDA						DADOS DA NF-e Protocolo: 135242035565527 Data: 12/09/2024 14:51					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 712168965111				INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.				CNPJ 37.834.012/0001-21			

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB						CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02				DATA DA EMISSÃO 12/09/2024	
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50						BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS				CEP 17.402-064	
MUNICÍPIO GARÇA		FONE (16) 3374-8438		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL				DATA SAÍDA / ENTRADA 12/09/2024	
										HORA SAÍDA 14:50:01	

FATURA / DUPLICATA

001 - 480,00 - 10/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 480,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA 480,00			

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 9		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF			
ENDEREÇO				MUNICÍPIO								UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		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	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS	
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	30,00	16,00	480,00				ICMS	IPI

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOTE 4S4S; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 64,56 (13,45%) FEDERAL E R\$ 86,40 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NACIONAL).;	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

Essencialox Com Gases Eq. Ltda

001

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064			
Documento 004286	Vencimento 10/10/2024	Nosso Número 32905220000004308	(=) Valor Documento 480,00
Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____			



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1		Vencimento 10/10/2024	
Data do Documento 07/10/2024	Nº Documento 004286	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 07/10/2024	Nosso Número 32905220000004308		
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento 480,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,25 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.					(-) Desconto		
					(-) Outras Deduções		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica



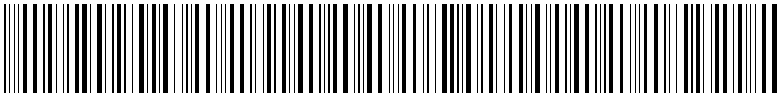
001-9

00190.00009 03290.522006 00004.308177 5 98650000048000

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento 10/10/2024		
Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1		
Data do Documento 07/10/2024	Nº Documento 004286	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 07/10/2024	Nosso Número 32905220000004308		
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento 480,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,25 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.					(-) Desconto		
					(-) Outras Deduções		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(-) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



**2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo**

Via Internet Banking CAIXA

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL**Conta de débito:** 3104 / 1292 / 000578032686-6**Representação numérica do código de barras:**

858400001210 863803852427 880716242884 597433028631

Convênio: DARF NUMERADO CB RFB**Valor:** 12.186,38**Data de débito:** 14/10/2024**Data/hora da operação:** 14/10/2024**Código da operação:** 12213112**Chave de segurança:** 2C6GCP57G3U0SH7V

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

CNPJ 45.349.461/0001-02	Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Período de Apuração Agosto/2024	Data de Vencimento 20/09/2024	Número do Documento 07.16.24288.5974330-2	Pagar este documento até 14/10/2024
Observações Nº Recibo Declaração: 50000272498921			Valor Total do Documento 12.186,38

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	387,98	28,16	3,87	420,01
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:08/2024 Vencimento:20/09/2024				
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	483,00	35,06	4,83	522,89
	07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:08/2024 Vencimento:20/09/2024				
5979	PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	104,65	7,59	1,04	113,28
	07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:08/2024 Vencimento:20/09/2024				
5987	CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	161,00	11,68	1,61	174,29
	07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:08/2024 Vencimento:20/09/2024				
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	10.120,00	734,71	101,20	10.955,91
	01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98				
	PA:08/2024 Vencimento:20/09/2024				
	CNPJ Prestador:12.106.772/0001-91				
Totais		11.256,63	817,20	112,55	12.186,38

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

SENDA (Versão:5.2.0)Página: 1 / 114/10/2024 11:51:10

85840000121 0 86380385242 7 88071624288 4 59743302863 1 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840000121 0	86380385242 7	88071624288 4	59743302863 1
---------------	---------------	---------------	---------------



CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.24288.5974330-2
Pagar até: 14/10/2024
Valor: 12.186,38

Pague com o PIX



DT REALIZADA	COMP	CONTA	HISTÓRICO	DATA DOCTO	COMPLEMENTO	VALOR
14/10/2024	jul/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS	14/08/2024	PIS/COFINS/CSLL NFS-E 3 BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	R\$ 130,20
14/10/2024	jul/24	IRRF NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS	14/08/2024	IRRF NFS-E 3 BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	R\$ 42,00
14/10/2024	ago/24	IRRF NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS	-	IRRF NFS-E 4 BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	R\$ 199,50
14/10/2024	ago/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS	-	PIS/COFINS/CSLL NFS-E 4 BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	R\$ 618,45
						R\$ 990,15

DT REALIZADA	COMP	CONTA	HISTÓRICO	DATA DOCTO	COMPLEMENTO	VALOR
14/10/2024	jul/24	INSS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	08/08/2024	INSS NFS-E 13 FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E	R\$ 5.989,75
14/10/2024	ago/24	INSS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	-	INSS NFS-E 15 FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E	R\$ 5.060,00
14/10/2024	jul/24	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	26/08/2024	IRRF NFS-E 708 WANER LABORATORIO DE ANALISES	R\$ 146,48
						R\$ 11.196,23

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/10/2024 às 11:00:38

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/1969/00000043913-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: CAF COMERCIO E LOCACAO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 24.848.572/0001-93

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 690,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 14/10/2024

Data da Operação: 14/10/2024

Código da Operação: 09405885

Chave de Segurança: 54CPGKCX23T1YMJT

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

LOCADOR

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

CNPJ 24.848.572/0001-93 IE 795.719.662.115

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

Fone: 19 3367-7333 / 3305-2645

E-mail: financeiro@cafcenter.com.br

Locatario

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

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

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

NOTA DE DEBITO REFERENTE A LOCAÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

Contrato 4410, 4403, 4404, 4406 e 4407

Pagamento 10/09/2024 ref ao periodo de 27/08/2024 a 27/09/2024

001/2024 órgão: prefeitura municipal de louveira.

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

Informações Adicionais:

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

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

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

RECEBIDO / NOME

DATA



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	03399.48457 01300.000427 79836.101042 6 98660000145487
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	33
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:	11/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.454,87
Juros (R\$):	7,25
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00

Valor Calculado (R\$):	1.462,12
Valor Pago (R\$):	1.462,12

Data/hora da operação:	14/10/2024 14:54:02
------------------------	---------------------

Código da operação:	36985491565
Chave de segurança:	HKEYL6549E6SGX6P

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

SUPERMED

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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 715799
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7157 9912 6152 9754

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
135242045779327 13/09/2024 15:37:20

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
13/09/2024
ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03 BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS CEP
17402-064 DATA DE ENTRADA/SAÍDA
10 SET 2024
MUNICÍPIO
GARÇA FONE/FAX
1435325198 UF
SP INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA
001 11/10/2024 1.454,87

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE DE CÁLCULO DO ICMS
1.454,87 VALOR DO ICMS
261,88 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST
0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.454,87
VALOR DO FRETE
0,00 VALOR DO SEGURO
0,00 DESCONTO
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00 VALOR TOTAL DO IPI
0,00 VALOR TOTAL DA NOTA
1.454,87

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF
CNPJ/CPF
01125797000701
ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200 MUNICÍPIO
SAO PAULO UF
SP INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118
QUANTIDADE
7 ESPÉCIE
CAIXA MARCA
NÚMERO
PESO BRUTO
40,10 PESO LÍQUIDO
40,10

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
25872	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 30MM C/24- LT 20-240228 (2) 02/2029 (Fornecedor: 8061, Lote: 20240228, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/20-24, Data Val: 28/02/2029)	30061090	200	5102	CX	2	27,1900	54,38	54,38	9,79		18,00	
25785	LUVA P/ PROCED.N.EST.S/PO M C/10-MEDIX LT SPO-SRI12/24 MM (6) 02/2029 (Fornecedor: 1925, Lote: SPO-SRI12/24 MM, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/20-29)	40151200	200	5102	CX	6	233,4150	1.400,49	1.400,49	252,09	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ID 361448025 - Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira ||#R40V6
R35P4V1 ||
Pedido: 711720
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: 0,13
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IS (R\$ 0,00 (1,2%)), PIS/COFINS (R\$ 0,00
(3,65%) e CSSL 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



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	00190.00009 03290.522006 00004.208179 1 98690000053500
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO DO BRASIL S/A
Código do Banco:	1
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
Nome/Razão Social:	ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS
CPF/CNPJ:	37.834.012/0001-21
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	14/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	535,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	535,00
Valor Pago (R\$):	535,00

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:05:21
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985536849 Chave de segurança: 7HGQLFYY2659XV4Q

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO										NF-e Nº 000.013.603 Série 001			
DATA DE RECEBIMENTO				IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR									

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP
FONE (11) 99237-2775
Email administrativo@essencialox.com.br

CEP 13.222-760

DANFE
Documento
Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.013.603
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

1

3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0136 0310 0015 8014

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: 135242124092340 Data: 23/09/2024 15:38					
INSCRIÇÃO ESTADUAL				INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.				CNPJ			
712168965111								37.834.012/0001-21			

DESTINATÁRIO / REMETENTE

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB

RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

MUNICÍPIO

GARCA

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/09/2024

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA SAÍDA / ENTRADA

23/09/2024

FONE

(16) 3374-8438

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA

15:37:26

FATURA / DUPLICATA

001 - 535,00 - 14/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
								535,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI	
								535,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP

AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

1-DESTINATÁRIO

2

CÓDIGO ANTT

054262577

PLACA DO VEÍCULO

DQY0D61

UF

SP

CNPJ / CPF

04.229.338/0001-70

MUNICÍPIO

VARZEA PAULISTA

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

712104470111

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	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS	
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	30,00	16,00	480,00				ICMS	IPI
0002	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL G - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	1,00	55,00	55,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTAO 001/2024 E PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA, - LOTES 1M 5QGZ - 10 5SJK - 5DXG; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R\$ 71,96 (13,45%) FEDERAL E R\$ 96,30 (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

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/10/2024 às 11:00:38

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000010550-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 02.653.791/0001-84

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 244,80

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 14/10/2024

Data da Operação: 14/10/2024

Código da Operação: 10912411

Chave de Segurança: AFV9CPYPPM1T5F3J

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do recebedor	Nro.: 000.004.863 Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52, JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416 (19) 3848-1130		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída Nro. Nota: 000.004.863 Serie: 1 Folha: 1 de 1	 Chave de Acesso 3524 1002 6537 9100 0184 5500 1000 0048 6310 1187 9018 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada
Natureza de Operacao VENDA		Protocolo de autorizacao de uso 135242202079551 02/10/2024 11:04:32	
Inscricao Estadual 421.013.569.112	Inscricao Estadual do Subst. Tributario		CNPJ 02.653.791/0001-84

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

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
0,00	0,00	87,31	0,00	0,00	244,80
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	244,80

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

DADOS DO PRODUTO/SERVICO														
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi	Aliquota	
													Icms	Ipi
715	ENCADERNACAO ATE 100 FOLHAS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.022.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 5,49 (39,24 %) Fonte:IBPT	48203000	0500	5405	UN	2	7,00	0,00	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
999	PLASTIFICACAO A4/OFICIO - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 27,02 (45,03 %) Fonte:IBPT	39219090	2102	5102	UN	15	4,00	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
715	ENCADERNACAO ATE 100 FOLHAS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.022.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 2,75 (39,24 %) Fonte:IBPT	48203000	0500	5405	UN	1	7,00	0,00	7,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
991191003733	PAPEL SULFITE A4 C/500 75G REPORT - PT Informacoes Adicionais: CEST: 19.031.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 29,72 (30,96 %) Fonte:IBPT	48025610	0500	5405	PT	3	32,00	0,00	96,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
714	ENCADERNACAO ATE 50 FOLHAS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.022.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 5,89 (39,24 %) Fonte:IBPT	48203000	0500	5405	UN	3	5,00	0,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	ENCADERNACAO ATE 150 FOLHAS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.022.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 3,92 (39,24 %) Fonte:IBPT	48203000	0500	5405	UN	1	10,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
98476326129	PENDRIVE USB 8GB TWIST MULTILASER - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 6,70 (29,24 %) Fonte:IBPT	85235190	0102	5102	UN	1	22,90	0,00	22,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
98476326112	PENDRIVE USB 4GB TWIST MULTILASER - UN Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 5,82 (29,24 %) Fonte:IBPT	85235190	0102	5102	UN	1	19,90	0,00	19,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

Informacoes Complementares Nota Fiscal referente ao(s) Pedido(s) 37681501, 37688501, 37785201, 37866601, 37903101 - CONTRATO GESTAO 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.	Reservado ao Fisco
--	--------------------

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 25/09/2024 NRO. PEDIDO: 37916301

CODIGO DE BARRA	PRODUTO	QTD.	VL UN	TOTAL
5715	ENCADERNACAO ATE 1	2,00	7,00	14,00
5716	ENCADERNACAO ATE 1	1,00	10,00	10,00
SUBTOTAL :			24,00	
TOTAL :			24,00	
FORMA DE PAGAMENTO :				
04 - FATURA			24,00	

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI

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

Assinatura:

VENDEDOR: ITALO DOS SANTOS BISPO

DATA/HORA IMPRESSAO : 25/09/2024 16:24
OPERADOR : CAIXA CAIXA : 10

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 13/09/2024 NRO. PEDIDO: 37785204

CODIGO DE BARRA	PRODUTO	QTDE.	VL UN	TOTAL
5714	ENCADERNACAO ATE 5	3,00	5,00	15,00
	SUBTOTAL :		15,00	
	TOTAL :		15,00	
	FORMA DE PAGAMENTO :			
	04 - FAIURA		15,00	

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI
FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50
WILLIAMS GARÇA SP

Assinatura: _____

VENDEDOR: SONIA

DATA/HORA IMPRESSAO : 13/09/2024 11:52
OPERADOR : CAIXA CAIXA : 10

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 04/09/2024 NRO. PEDIDO: 37681501

CODIGO DE BARRA
PRODUTO QTD. VL UN TOTAL

5715			
ENCADERNACAO ATE 1	1,00	7,00	7,00
7898476326129			
PENDRIVE USB 8GB T	1,00	22,90	22,90
7898476326112			
PENDRIVE USB 4GB T	1,00	19,90	19,90
SUBTOTAL :		49,80	
TOTAL :		49,80	
FORMA DE PAGAMENTO :			
04 - FATURA		49,80	

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
ASI

FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

ENDereco: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

WILLIAMS GARCA SP

Assinatura: _____

VENDEDOR: VITORIA MULATA DE CASENAVES

DATA/HORA IMPRESSAO : 04/09/2024 13:26
OPERADOR : BALCAO CAIXA : 10

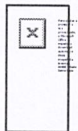
De: ass.diretoria@louveira.ahbb.org.br
Enviado em: quarta-feira, 4 de setembro de 2024 11:00
Para: compras@louveira.ahbb.org.br
Assunto: Solicitação de Compra

Bom dia Ricardo,

Precisamos de pen-drives, pois a impressora da sala não realiza o envio dos scans diretamente para as máquinas. Inicialmente pelo menos um pen drive de 8GB para ser utilizado pelo pessoal da sala da Diretoria.

+ 1 encadernação

Atenciosamente,
Sarah Vitória Matos
Assistente de Diretoria - Louveira



www.ahbb.org.br

(19) 3848-3200
Rua Luis M Cruz, 63
Jd. Lago Azul - Louveira - SP

Qualidade

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP : 13294-416
LOUVEIRA FONE: (19) 3848-1130
DATA : 18/09/2024 NRO. PEDIDO: 37834001

CODIGO DE BARRA

PRODUTO	QTD.	VL UN	TOTAL
789723/322882			
PASTA CATALAGO C/3	20,00	22,90	458,00
5999			
PLASTIFICACAO A4/O	15,00	4,00	60,00
SUBTOTAL :			518,00
TOTAL :			518,00

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
ASI

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

VENDEDOR: ALESSANDRO

DATA/HORA IMPRESSAO : 18/09/2024 11:55
OPERADOR : CAIXA CAIXA : 3

*Justificativa, a empresa
ganhou
ainda não
tinha
entregue.*

COMPROVANTE DE VENDA
"SEM VALOR FISCAL"

SONIA PAPELARIA
AV. NÍDIA RICIERI CHIQUETTO, 52
JARDIM SANTO ANTONIO CEP: 13294-416
LOUVETIRA FONE: (19) 3848-1138
DATA: 05/09/2024 NRO. PEDIDO: 37688501

CODIGO DE BARRA
PRODUTO QTD. VI UN TOTAL

7891191003733
PAPEL SUIFITE A4 C 3,00 32,00 96,00
SUBTOTAL : 96,00
TOTAL : 96,00
FORMA DE PAGAMENTO :
04 - FATURA 96,00

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
AS.I

FANTASIA: HOSPITAL - SANTO ANTONIO

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

ENDERECO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 10

WILLIAMS GARCA SP

Assinatura: _____

VENDEDOR: GABRIELLI GARCIA FURLAN

DATA/HORA IMPRESSAO : 05/09/2024 08:31
OPERADOR : BALCAO CAIXA : 10

stone

197-1

19790.00005 13910.691610 75173.423197 1 98660000024480

Local de Pagamento					Data de Vencimento	
Stone Instituição de Pagamento S.A. - Pague em qualquer instituição autorizada.					11/10/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço:					Agência/Código Beneficiário	
SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA CNPJ 02.653.791/0001-84					0001 / 6056912-6	
Data do Documento	Num. do Documento	Espécie doc	Aceite	Data Processamento	Carteira/Nosso Número	
02/10/2024	4863		N	02/10/2024	13910691617517342319	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento	
	001	R\$			R\$ 244,80	
Instruções O preenchimento e inclusão de informações é de exclusiva responsabilidade do cliente Stone. O pagamento é processado em até 1 dia útil. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Endereço:						
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	

stone

197-1

19790.00005 13910.691610 75173.423197 1 98660000024480

Local de Pagamento					Data de Vencimento	
Stone Instituição de Pagamento S.A. - Pague em qualquer instituição autorizada.					11/10/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço:					Agência/Código Beneficiário	
SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA CNPJ 02.653.791/0001-84					0001 / 6056912-6	
Data do Documento	Num. do Documento	Espécie doc	Aceite	Data Processamento	Carteira/Nosso Número	
02/10/2024	4863		N	02/10/2024	13910691617517342319	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento	
	001	R\$			R\$ 244,80	
Instruções O preenchimento e inclusão de informações é de exclusiva responsabilidade do cliente Stone. O pagamento é processado em até 1 dia útil. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.					(-) Descontos/Abatimento	
					(+) Juros/Multa	
					(=) Valor Cobrado	
Nome do Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					CNPJ: 45.349.461/0001-02	
Endereço:						
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/10/2024 às 11:00:38

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000026544-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: MERCADO SOARES MARTINS LTDA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 11.002.114/0001-97

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 285,40

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 14/10/2024

Data da Operação: 14/10/2024

Código da Operação: 11397724

Chave de Segurança: 798RAQXMRWXCCEM3

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de MERCADO SOARES MARTINS LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 03/10/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ Valor Total: R\$ 285,40		NF-e Nº 000.003.782 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

MERCADO SOARES MARTINS LTDA  R GILBERTO AJJAR, 168 - SANTO ANTONIO - LOUVEIRA - SP Fone: (19)3848-4420 - CEP: 13290-000	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.003.782 SÉRIE 001 FOLHA 1/1	
		CHAVE DE ACESSO 3524 1011 0021 1400 0197 5500 1000 0037 8210 0000 7573
		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 135242217002701 - 03/10/2024 18:06:16
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421085913113	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF 11.002.114/0001-97

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ		45.349.461/0001-02	03/10/2024
ENDEREÇO RUA DR.ORLANDO T.SANTOS, 50	BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	CEP 17.402-064	DATA DA SAÍDA 03/10/2024
MUNICÍPIO GARÇA	UF SP	TELEFONE / FAX	HORA DA SAÍDA 18:06
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA	
DADOS DA FATURA	Número: 3782 - Valor Original: R\$ 285,40 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 285,40

CÁLCULO DO IMPOSTO								
BASE DE CÁLC ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE CÁLC ICMS ST 0,00	VALOR ICMS SUBST. 0,00	VL IMP IMPORTAÇÃO 0,00	VL ICMS UF REMET 0,00	VALOR FCP 0,00	VALOR DO PIS 0,00	VL TOTAL PRODUTOS 285,40
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR TOTAL IPI 0,00	VL ICMS UF DEST 0,00	VALOR TOTAL TRIB 31.97(11,20%)	VALOR DO COFINS 0,00	VL TOTAL NOTA 285,40

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	% DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS IPI
7896005800010	CAFE 3 CORACOES 500G	09012100	0500	5405	UN	10,00	23,99	0,00	239,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
7896894900013	ACUCAR CARAVELAS 1KG	17019900	0500	5405	UN	10,00	4,55	0,00	45,50	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA CREDITO DE ICMS. DADOS BANCARIOS:237-BRADESCO AGENCIA:2388 C/C:26544-6 MERCADO SOARES MARTINS LTDA ME CONTRATO DE GESTAO 01/2004 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA SP	RESERVADO AO FISCO

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

Data: 20/09/2024 Hora: 16:17:23
CUPOM NÃO FISCAL 2359643

CLIENTE.: 287-CLIENTES S/CADERNETA
ENDEREÇO: RUA GILBERTO AJJAR, 168
TELEFONE:

ITM	CÓD.	BARRAS	DESCRIÇÃO	QUANT.	X	V.UNIT	=	V. TOTAL
001	7896005800010		CAFE 3 CORAÇÕES 500G	10	UN X	23,99	=	239,90+
002	7896894900013		ACUCAR CARAVELAS 1KG	05	UN X	4,55	=	22,75+
TOTAL:								262,65=
CLIENTES:								262,65

OBRIGADO! AGRADECEMOS A PREFERÊNCIA.
VOLTE SEMPRE!

NC: 2359643
Operador: 91 MARIA

CAIXA: 002

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

Data: 25/09/2024 Hora: 11:10:57
CUPOM NÃO FISCAL 182572

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

ITM	CÓD. BARRAS	DESCRIÇÃO	QUANT.	X	V.UNIT	=	V. TOTAL
001	7896894900013	ACUCAR CARAVELAS 1KG	05 UN	X	4,55	=	22,75+
TOTAL:							22,75=
CLIENTES:							22,75

OBRIGADO! AGRADECEMOS A PREFERÊNCIA.
VOLTE SEMPRE!

REC: 182572
Operador: 17 TASHIM

CALHA. 001



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	23792.38807 94282.000002 02005.991308 1 98690000041000
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:	14/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	410,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00

Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	410,00
Valor Pago (R\$):	410,00

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:07:28
------------------------	---------------------

Código da operação:	36985643997
Chave de segurança:	FHMGVHZ7UH9T8TVC

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 / SERVICOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000.000.047 SÉRIE 001
EMISSION: 02/10/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 410,00		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICACAO DO EMITENTE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº 000.000.047 fl. 1 / 1 SÉRIE 001	
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			
NATUREZA DE OPERACAO		CHAVE DE ACESSO 3524 1007 3940 9900 0100 5500 1000 0000 4710 6714 8578	
VENDAS		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO	
421075787111		135242202429090 02/10/2024 11:34:39	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF	
		07.394.099/0001-00	

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL		45.349.461/0001-02	02/10/2024
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
ENDEREÇO		17402-064	02/10/2024
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		UF	HORA DA SAÍDA
MUNICÍPIO		SP	
GARCA			
FONE / FAX			

FATURA					
NÚMERO		VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	
DADOS DA FATURA		47	410,00	0,00	410,00
DUPLICATAS					
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	02/11/2024	410,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	410,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				410,00

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS IPI
870	KIT SUPORTE FIXO TV COM INSTALACAO	73269090	0102	5102	UN	1,000	130,00	130,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
701	ANTENA UHF	85291090	0102	5102	UN	1,000	280,00	280,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOC. EMITIDO POR ME/EPP OPT. SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO CREDITO FISCAL IPI. PERMITE APROV. CREDITO ICMS R\$ 4,84 CORRESP. A ALIQ. DE 1,86%, NOS TERMOS DO ART. 23 DA LC 123/2006 TOTAL APROX. R\$ 129,53 CONF. LEI TRANSP. FISCAL NO.12741/12. FONTE IBPT VL. TOTAL FCP R\$ 0,00	

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

Não possui valor fiscal. Simples representação do evento indicado abaixo.
CONSULTE A AUTENTICIDADE NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA.

NOTA FISCAL ELETRÔNICA

MODELO 55	SÉRIE 001	NÚMERO 000.000.047	MÊS / ANO DA EMISSÃO 10/24	
CHAVE DE ACESSO 3524 1007 3940 9900 0100 5500 1000 0000 4710 6714 8578				

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA

ORGAO 35	AMBIENTE PRODUÇÃO		DATA / HORA DO EVENTO 09/10/2024 14:45:34	
EVENTO 110110	DESCRIÇÃO DO EVENTO Carta de Correcao		SEQUÊNCIA DO EVENTO 3	VERSÃO DO EVENTO
STATUS 135 - Evento registrado e vinculado a NF-e		PROTOCOLO 135242269909883	DATA / HORA DO REGISTRO 09/10/2024 14:45:35	

CONDIÇÕES DE USO

--

CORREÇÃO

ALTERAÇÃO DA DATA DE VENCIMENTO DO DIA 02/11/2024 PARA 14/10/2024. Serviço prestado a Unidade Rede Santa Casa AHBB - Louveira. Contrato de Gestão 001/2024 Prefeitura Municipal de Louveira.
--



bradesco

237-2

23792.38807 94282.000002 02005.991308 1 98690000041000

Local de Pagamento					Vencimento
Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					14/10/2024
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
08/10/2024	710	DM	N	08/10/2024	09/42/820000002-4
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento
	9	R\$			410,00
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					
LUIS MARTINS CRUZ, 96					
13294-132 - LOUVEIRA - SP					

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica



bradesco

237-2

23792.38807 94282.000002 02005.991308 1 98690000041000

Local de Pagamento					Vencimento
Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					14/10/2024
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
08/10/2024	710	DM	N	08/10/2024	09/42/820000002-4
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento
	9	R\$			410,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Descontos/Abatimentos
** VALORES EXPRESSOS EM REAIS ****					(-) Outras Deduções
JUROS POR DIA DE ATRASO.....0,00					(+) Mora/Multa
APOS 14.10.2024 MULTA8,20					(+) 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					
LUIS MARTINS CRUZ, 96					
13294-132 - LOUVEIRA - SP					

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica



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

SAC - Serviço de
Apelo ao ClienteAlô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e
Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias
por 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00016.427197 32885.990005 7 98700000055000
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:	15/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
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:	14/10/2024 15:09:17
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985741693 Chave de segurança: XH5EHW0E4AA10QY7

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.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Número: 286
Série: 1



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: 286
Série: 1
1/1

CONTROLE DO FISCO


CHAVE DE ACESSO
3524.0926.3842.1500.0147.5500.1000.0002.8619.1111.2866
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
637.567.250.113

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135241950034649 - 03/09/2024 12:16:08

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
03/09/2024

ENDEREÇO
R DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO
WILLIAMS

CEP
17.402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
03/09/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA DA SAÍDA
15:15:58

FATURA

NÚMERO	VCTO.	VALOR	NÚMERO	VCTO.	VALOR	NÚMERO	VCTO.	VALOR	NÚMERO	VCTO.	VALOR
1	15/10/2024	550,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL/NOME

FRETE POR CONTA
Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
0

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
0

PESO LÍQUIDO
0

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	Valor Aprox. dos Tributos
8	BIGTRIN 200 CS	38089199	0102	5102	LT	0,1000	450,0000	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,44
1	ADVION BARATA GEL TB	38089199	0102	5102	UN	2,0000	62,5800	125,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62,58
24	PRODILON BLOCO EXTRUS. RB -Raticida 30,0025% Difethialona	38089996	0102	5102	KG	0,3000	166,1200	49,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,88

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
72104

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN
0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES
descrição de serviço - Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira
BOLETO COM VENCIMENTO EM 15/10/2024
REF 08/2024 - PARCELA 02/12

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
1550419914



Número da Nota:
4149

Data e Hora da Emissão:
03/09/2024 15:16:12

Número do RPS:
4134

Competência:
09/2024

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:

Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social / Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF / CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal:

Inscrição Estadual: ISENTA

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 15/10/2024
REF 08/2024 - PARCELA 02/12

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\$)
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:

1550419914

Número da Nota:

4149

Local

Data

Assinatura



terça-feira, 3 de setembro de 2024


Banco Itaú S.A.

Comprovante de Entrega

Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLO			Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9		Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Nosso Número 109/00000164-2		☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não Existe N° Indicado ☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Falecido ☐ Desconhecido ☐ Endereço Insuficiente ☐ Outros (Anotar no Verso)	
Vencimento 15/10/2024	Nº do documento 359 - 1/1	Moeda R\$	Valor Documento 550,00			
Recebemos o Boleto		Data	Assinatura		Data	Entregador
Local de Pagamento						Data de Processamento 03/09/2024


Banco Itaú S.A.

Beneficiário SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA-Rua Marechal Deodoro, 2898 Centro-13.560-201 SAO CARLOS-SP				Vencimento 15/10/2024		(=) Valor do Documento 550,00	
(-) Desconto / Abatimento		(-) Outras Deduções		(+) Mora / Multa		(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Data do documento 03/09/2024	Nº do documento 359 - 1/1	Espécie documento DM	Aceite N	Data do processamento 03/09/2024		Nosso Número 109/00000164-2	
Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor		Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9	
Nome do Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL							
Endereço R DR ORLANDO T SANTOS, 50 -							
Município GARÇA				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 Numero da NF-e: 4149 - 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


Banco Itaú S.A.
341-7**34191.09008 00016.427197 32885.990005 7 98700000055000**

Local de pagamento

Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú				Vencimento 15/10/2024	
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 03/09/2024	Nº do documento 359 - 1/1	Espécie de docto. DM	Aceite N	Data do processamento 03/09/2024	Agência / Código Beneficiário 7193/28859-9
Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	Nosso Número 109/00000164-2
					(=) 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 Numero da NF-e: 4149 - 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 GARÇA-SP

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

UF: SP CEP: 17.402-064

Sacador/Avalista:

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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 32000.884521 24007.710007 1 98700000119480
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:	15/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.194,80
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.194,80
Valor Pago (R\$):	1.194,80

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:09:48
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985744780 Chave de segurança: Y9F8N82UY4X00MUE

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 Tatuí/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 191.926

SÉRIE: 0

Página 1 de 1



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001919261002137335

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

135242078323440

17/09/2024 21:20

Natureza da Operação

VENDA

Inscrição Estadual

687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ

08.231.734/0001-93

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social

1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Data da Emissão

17/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

17/09/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 191.926/1 Valor: 1.194,80 Venc.to: 15/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

1.194,80

Valor do ICMS

181,16

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

1.194,80

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

1.194,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta

1 - emitente
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

2

Espécie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

10,000

Peso Líquido

10,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
574695	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML CX C/ 100 "GENERIC" TEUTO BRASILEIRO Lote : 9045085 Val. 30/03/2025	30049037	000	5102	CX	6,00	94,180000	565,08	565,08	67,81		12,0	
568042	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM CX C/50 "ARTRINID" UNIAO QUIMICA Lote : 2422229 Val. 30/06/2026	30049029	000	5102	CX	8,00	78,715000	629,72	629,72	113,35		18,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63 JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.: Sumaré

N/P.217.671

Reservado ao FISCO

PEDIDO 362360679.1 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 15/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 191926/1	Nosso Número 109/00320008-8
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 1.194,80	(-)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 32000.884521 24007.710007 1 98700000119480

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 15/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 17/09/2024	Número do Documento 191926/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 17/09/2024	Nosso Número 109/00320008-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 1.194,80
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,36 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 23,90 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	23792.40100 90000.009028 98001.512205 5 98700000276496
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:	15/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.764,96
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.764,96
Valor Pago (R\$):	2.764,96

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:10:34
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985778190 Chave de segurança: Y581R2E9TG03XQPM

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		DANFE		Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica										
		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA		1		CHAVE DE ACESSO								
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA		Nº. 000.133.456		Série 001		3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1334 5610 2491 5348								
RUA HUMAITA, 290 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680 RIBEIRÃO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100		Folha 1/1				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora								
NATUREZA DA OPERAÇÃO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO										
VENDA				135242073250325 - 17/09/2024 11:47:35										
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ / CPF										
582596876113				04.274.988/0001-38										
DESTINATÁRIO / REMETENTE				CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO								
NOME / RAZÃO SOCIAL				45.349.461/0001-02		17/09/2024								
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL														
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA								
R DR ORLANDO T SANTOS, 050		WILLIAMS		17402-064										
MUNICÍPIO		UF		FONE / FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL								
GARÇA		SP		1836591411										
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA				CNPJ / CPF		INSCRIÇÃO ESTADUAL								
NOME / RAZÃO SOCIAL				45.349.461/0001-02										
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL														
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA								
RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063		13294-394*JARDIM LAGO AZUL II												
MUNICÍPIO		UF		FONE / FAX		HORA DA SAÍDA/ENTRADA								
LOUVEIRA		SP												
FATURA / DUPLICATA														
Num. 001														
Venc. 15/10/2024														
Valor R\$ 2.764,96														
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE CÁLC.ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR DO ICMS-FCP		BASE CÁLC.ICMS S.T.								
1.574,36		188,92		0,00		0,00								
VALOR DO ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T-FCP		TOTAL PRODUTOS								
0,00		0,00		0,00		2.764,96								
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS								
0,00		0,00		0,00		0,00								
VALOR TOTAL IPI		VALOR IMPORTAÇÃO		TOTAL DA NOTA										
0,00		0,00		2.764,96										
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO								
PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA		0-Remetente												
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		CNPJ / CPF								
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B K11.2-SP110-330		SUMARE		SP		12.270.745/0004-00								
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		INSCRIÇÃO ESTADUAL								
3		Volumes				671495090114								
NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO										
		15,200		15,200										
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
40371	BUTIL ESCOPOL+DIPIRONA 4MG/ML + 500MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CX C/ 100AP/FARMACE G+ PMC: 3.87	30039099	000	5102	AP	300	1,2911	387,33	387,33	46,48			12,00	
45801	DEXAMETASONA 4MG/ML SOL INJ (GEN) CT C/ 120 AP 2,5ML TEUTO G+ PMC: 12.17	30043999	000	5102	AP	1.080	1,0991	1.187,03	1.187,03	142,44			12,00	
53209	ONDANSETRONA 4MG SOL INJ 2ML (GEN) CX C/ 100 AP HIPOLABOR G+ PMC: 59.95	30049099	040	5102	AP	1.000	1,1906	1.190,60	0,00	0,00			0,00	
	Lote: HC23J136 Qt: 300 Fab: 27/05/24 Val: 31/10/25													
	Lote: 5198743 Qt: 1080 Fab: 01/02/24 Val: 01/02/26													
	Lote: AQ-025/24 Qt: 1000 Fab: 04/06/24 Val: 31/05/26													
DADOS ADICIONAIS								RESERVADO AO FISCO						
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES														
Inf. Contribuinte:														
PEDIDO 362360679														
Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira														
PEDIDO DE COMPRA:PDC#362360679#BIONEXO														
Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2491534														
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\$ 371,90 Estadual: R\$ 331,79 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT														
(A) Isento conforme decreto 66.055/21 RICMS/SP, convenio 132/21														

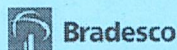


ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITÁ, 290

Cep:14020-680 - RIBEIRAO PRETO - SP

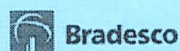
Fone:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 17/09/2024	Vencimento 15/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 133456-01	Nosso Número: 00000090298	Valor: 2.764,96

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.009028 98001.512205 5 98700000276496

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 15/10/2024
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: 17/09/2024	No. do documento 133456-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 17/09/2024	Cart./Nosso Número 09/00000090298-8
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda RS	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 2.764,96
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 7,37 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 55,30 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 32002.784521 24007.710007 4 98700000095290
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:	15/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	952,90
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	952,90
Valor Pago (R\$):	952,90

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:11:01
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985782002
Chave de segurança: FGWGKTT7MSAS1ZEE

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
Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep 18271-210 Tatui/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 191.988

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001919881002137958

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

135242078453427

17/09/2024 21:43

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

17/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

17/09/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 191.988/1 Valor: 952,90 Vencdo. 15/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS

952,90

Valor do ICMS

167,10

Base de Cálculo de ICMS Sub

0,00

Valor do ICMS Sub

0,00

Valor Total dos Produtos

952,90

Valor do Frete

0,00

Valor do Seguro

0,00

Desconto / ICMS Desonerado

0,00

Outras despesas

0,00

Valor do IPI

0,00

Valor Total da Nota

952,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social

PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR

Frete por Conta
1 - emitente
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF

12.270.745/0004-00

Endereço

ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM

Município

SUMARE

UF

SP

Inscrição Estadual

671495090114

Quantidade

4

Especie

CAIXAS

Marca

Numeração

Peso Bruto

28,000

Peso Líquido

28,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
571367	AGULHA HIPODERMICA 30X7 C/100 UND MEDIX Lote : 240515 Val. 30/05/2029	90183219	000	5102	CX	10,00 10,00	7,380000	73,80	73,80	8,86		12,0	
50448	LUVA LATEX C/TALCO N/EST M DE PROCEDIMENTO C/100 DESCARPACK Lote : LTP004B/24 Val. 30/04/2029	40151200	000	5102	CX	10,00 10,00	26,690000	266,90	266,90	48,04		18,0	
564363	LUVA LATEX C/TALCO N/EST P DE PROCEDIMENTO C/100 QUALITY MEDIX Lote : SRI164/24 SS Val. 30/03/2029	40151200	000	5102	CX	20,00 20,00	24,350000	487,00	487,00	87,66		18,0	
50211	MASCARA TRIPLA C/ ELASTICO C/50 UND DESCARPACK Lote : MAS002B/24 Val. 28/02/2029	63079010	000	5102	CX	20,00 20,00	6,260000	125,20	125,20	22,54		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. 191.988
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	SÉRIE: 0
FUTURA www.futuramedicamentos.com.br Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira Cep: 18271-210 Tatui/SP Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787 DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 1 No. 191.988 SÉRIE: 0 Página 2 de 2  Chave de Acesso da NF-e 35240908231734000193550000001919881002137958 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 135242078453427 17/09/2024 21:43 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.217.667 PEDIDO 362358827.1 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	Reservado ao FISCO
--	--------------------



Banco Itaú S/A | 341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 15/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 191988/1	Nosso Número 109/00320027-8
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 952,90	(-)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 32002.784521 24007.710007 4 98700000095290

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 15/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 17/09/2024	Número do Documento 191988/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 17/09/2024	Nosso Número 109/00320027-8
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 952,90
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,29 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 19,06 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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	74891.12420 03788.907388 43850.161043 1 98700000032870
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A
Código do Banco:	748
Código do ISPB:	01181521
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENT
Nome/Razão Social:	JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENT
CPF/CNPJ:	50.975.853/0001-17
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:	15/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	328,70
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	328,70
Valor Pago (R\$):	328,70

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:11:36
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985790555 Chave de segurança: 37ZKK2LTUU4LLKTJ

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



JUNDIPAR
PARAFUSOS E FERRAMENTAS

JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS
LTDA
RUA VINTE E TRES DE MAIO, 121
VIANELO JUNDIAI
SP 13207070
(11) 4521-3799

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DE
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 138129
SÉRIE: 001
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
35240950975853000117550010001381291695563018

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL DA NF-e:
www.nfe.fazenda.gov.br/portal OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDE DE MERCADORIA DENTRO DO ESTADO / VENDA DE MERCADORIA SUBSTITUIDA
DENTRO DO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135242071417393 17/09/2024 09:12:05

INSCRIÇÃO ESTADUAL

407008854111

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

50.975.853/0001-17

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

EMIÇÃO

17/09/2024

ENDEREÇO

Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50

BAIRRO/DISTRITO

Williams

CEP

17402064

ENTR./SAÍDA

17/09/2024

MUNICÍPIO

Garça

FONE/FAX

(19) 3848-3554

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA

09:11:58

FATURA / DUPLICATA

PARC: 1/1 VENCTO: 15/10/24 R\$ 328,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S

175,00

VALOR DO I.C.M.S

31,50

B. DE CÁLCULO DO I.C.M.S ST

0,00

VALOR DO I.C.M.S ST

V. TOTAL DOS PRODUTOS

328,70

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS

0,00

V. TOTAL DO I.P.I

0,00

V. TOTAL DA NOTA

328,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - EMITENTE
1 - DESTINATÁRIO

0

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

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

ENDEREÇO

TELEFONE

MUNICÍPIO

UF

INSCR. ESTADUAL

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

Volume

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

0,00

PESO LÍQUIDO

0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S	VALOR I.P.I	VALOR DESC.	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
67974-9	CAIXA PARA FERRAMENTAS COM 3 GAVETAS E 50CM REF.05 //FERCAR	73269090	000	5102	PC 1	1,000	175,00	175,00	175,00	31,50	0,00	0,00	18,00	0,00
67336-5	CHAVE PHILLIPS 1/8X3 //Nove54	82054000	060	5405	PC 1	1,000	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48457-2	CHAVE GRIFO TIPO AMERICANO MORDENTES EM ACO, 18 POL. //MTX.xx	82041200	160	5405	PC 1	1,000	80,00	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12448-5	CHAVE FIXA 06x07 MAYLE xx	82041100	060	5405	PC 1	1,000	5,40	5,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
73184-3	CHAVE FIXA 10X11 R05121011 //GEDORE	82041100	060	5405	PC 1	1,000	15,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
65228-5	CHAVE FIXA 12X13MM //STELS	82041100	060	5405	PC 1	1,000	15,00	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
65266-7	CHAVE FIXA 14X15 R05121415 //GEDORE	82041100	060	5405	PC 1	1,000	19,00	19,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12450-8	CHAVE FIXA 16x17 MAYLE xx	82041100	060	5405	PC 1	1,000	9,55	9,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12447-8	CHAVE FIXA 08x09 MAYLE xx	82041100	060	5405	PC 1	1,000	5,75	5,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ENDEREÇO DE ENTREGA

Rua Luiz Martins Cruz, 63 / Jardim Lago Azul II/ CEP: 13294394/ Louveira - SP/ Brasil

ENDEREÇO DE COBRANÇA

Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 / Williams/ CEP: 17402064/ Garça - SP/ Brasil

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO Nº 48389

Vendedor(a): 29-Vitoria Yngrid Alves Olegario

CONTRATO DE GESTÃO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

Tributos aproximados R\$: 63,32 Federal/ 48,67 Estadual/ 0,00 Municipal

FONTE: IBPT

Valor do PIS: R\$ 1,42, Valor do COFINS: R\$ 6,51

INFORMAÇÕES/CLASSIFICAÇÃO

CST	Aliq.	Base ICMS	V. ICMS
000	18,00	175,00	31,50
060	0,00	0,00	0,00
160	0,00	0,00	0,00

RESERVADO AO FISCO

Handwritten signature and date
17/09

Local de Pagamento Pagável preferencialmente em canais da sua instituição financeira					Vencimento 15/10/2024	
Beneficiário JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA			CNPJ/CPF 50.975.853/0001-17		Agência/Código do Beneficiário 0738.43.85016	
Data do Documento 17/09/2024	Nº do Documento 138129-1/1	Espécie Doc. DV	Aceite N	Data do Processamento 17/09/2024	Nosso número 24/203788-9	
Uso do banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade x	Valor	(=) Valor do Documento 328,70	
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Descontos/Abatimentos	
					(-) Outras deduções	
					(+) Mora /Multa	
					(+) Outros acréscimos	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 17402-064 - Williams - Garça - SP					CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	
Beneficiário final					(=) Valor Cobrado	

----- Autenticação mecânica -----

Local de Pagamento Pagável preferencialmente em canais da sua instituição financeira					Vencimento 15/10/2024	
Beneficiário JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA			CNPJ/CPF 50.975.853/0001-17		Agência/Código do Beneficiário 0738.43.85016	
Data do Documento 17/09/2024	Nº do Documento 138129-1/1	Espécie Doc. DV	Aceite N	Data do Processamento 17/09/2024	Nosso número 24/203788-9	
Uso do banco	Carteira 02	Espécie R\$	Quantidade x	Valor	(=) Valor do Documento 328,70	
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Descontos/Abatimentos	
					(-) Outras deduções	
					(+) Mora /Multa	
					(+) Outros acréscimos	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 17402-064 - Williams - Garça - SP					CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	
Beneficiário final					(=) Valor Cobrado	

----- Autenticação mecânica -----



Ficha de compensação



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.57007 00000.460139 64051.560007 1 98710000007200
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA
Nome/Razão Social:	MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA
CPF/CNPJ:	69.061.109/0001-35
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	16/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	72,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	72,00
Valor Pago (R\$):	72,00

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:12:00
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985818343 Chave de segurança: 9MTKHVKV04FVT52G

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

	PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS			
	Data de Emissão 18/09/2024 14:45:38	Número da Nota 143066	Incentivo Fiscal Simples Nacional	
	Código de autenticação da NFSe: 1lxzxc59eu3o4oo			

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS	
CPF/CNPJ.: 69.061.109/0001-35	Inscr./Munic.: 000005928
Razão Social/Nome: MEDICATUS FARMACIA MANIPULACAO LTDA ME	
Endereço: FERNANDO COSTA	Nº 340 Bairro: CENTRO
Complemento:	
Município: VINHEDO	U.F.: SP CEP.: 13280-00 Tel.:

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO	
Documento: 45.349.461/0001-02	
Inscr./Estadual:	
Razão Social/Nome: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil	
Endereço: Rua Dr Orlando T. Santos	Número: 50
Bairro: williams	Complemento:
CEP.: 17.402-064	Cidade: GARÇA / SP
E-Mail:	País: BRASIL

LOCAL ONDE FOI REALIZADO O SERVIÇO OU SEU RESULTADO SE VERIFIQUE	
Endereço: FERNANDO COSTA	Número: 340
Bairro: CENTRO	Complemento:
CEP: 13280-00	Cidade: VINHEDO / SP
	País: Brasil

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO								
DAV:197.509.24-00 - Associação Hospitalar Beneficente, reg:657930 Carvão Ativo (Avulso pó 120g) R\$:72,00								
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA								
Atividade: 407 - Servicos farmaceuticos.								
Aliquota da Atividade: 5,00%								
Valor Bruto da Nota: R\$ 72,00								
Desconto Incondicional	INSS	IRRF(R\$)	CSLL	COFINS	PIS/PASEP	Deduções Previstas em Lei	Ded.Material/Outras Ded.	ISS Retido
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	()SIM (X)NAO

OBSERVAÇÕES			
I - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL II- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.			
Valor Total de Deduções	Base de Cálculo	Valor do ISS	Valor Líquido da Nota
R\$ 0,00	R\$ 72,00	R\$ 3,60	R\$ 72,00

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

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

USO ORAL

1 – CARVÃO ATIVADO QSP 30 G ----- 4 FRASCOS

*Definan 18/9 a partir 13h
- R. Fernando Costa, 1340
Gutavo - Vinhedo*

Louveira - SP, 16 de Setembro de 2024.

Dr. ORLANILSON IRINEU
Médico
CREMESP: 220923
CREMERF: 44973

Louveira SP, 16 de setembro de 2024.

Rua Das Rosas, 63 – Jardim Lago Azul, Louveira – SP.

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00000.460139 64051.560007 1 98710000007200

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 16/10/2024
Beneficiário MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA CNPJ/CPF: 69.061.109/0001-35 RUA FERNANDO COSTA, 340, , 13280063 - CENTRO - VINHEDO - SP					Agência/Código Beneficiário 0136/40515-6
Data do documento 18/09/2024	Núm. do documento 143066	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 18/09/2024	Nosso Número 157 / 00000004 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 72,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 2,00% NEGATIVAR APÓS 7 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP					
Beneficiário final: CNPJ/CPF:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 00000.460139 64051.560007 1 98710000007200

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 16/10/2024
Beneficiário MEDICATUS FARMACIA DE MANIPULA CNPJ/CPF: 69.061.109/0001-35 RUA FERNANDO COSTA, 340, , 13280063 - CENTRO - VINHEDO - SP					Agência/Código Beneficiário 0136/40515-6
Data do documento 18/09/2024	Núm. do documento 143066	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 18/09/2024	Nosso Número 157 / 00000004 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 72,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 2,00% NEGATIVAR APÓS 7 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Escolha a forma mais conveniente para realizar seu pagamento: Código de Barras ou QR Code. Basta acessar o aplicativo da sua instituição financeira e utilizar apenas uma das opções.					
Pix Copia e Cola 00020101021226770014BR.GOV.BCB.PIX2555api.itaui/pix/qr/v2/063327b2-9005-4686-8535-1b6b28a472d65204000053039865802BR5925MEDICATUS FARM MANIP LTDA6007VINHEDO62070503***63044BC3					
Pagador: AHBB HOSPITAL SANTO ANTONIO CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP					
Beneficiário final: CNPJ/CPF:					



Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901685 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 7701685 (demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia ou Fale Conosco: www.itaui.com.br/empresas. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01399.960135 65530.470007 7 98710000042900
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:	16/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	429,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	429,00
Valor Pago (R\$):	429,00

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:12:26
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985814331 Chave de segurança: 1HUK15Y48UCJWV70

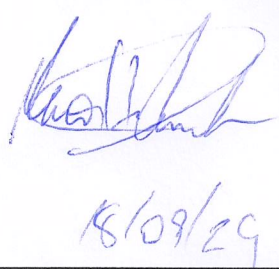
Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

COMERCIAL RUZALEM LTDA		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica										
 AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 105.936 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 3524 0905 6268 9600 0132 5500 1000 1059 3610 9315 9669								
				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 135242084480636 18/09/2024 13:41:59										
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								
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				DATA DA EMISSÃO 18/09/2024								
MUNICÍPIO GARÇA		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064								
UF SP		TELEFONE / FAX (19)3848-3554		DATA DA SAÍDA 18/09/2024								
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 13:41:54								
LOCAL ENTREGA												
CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP										
DUPLICATAS												
Número 001												
Vencimento 16/10/2024												
Valor R\$ 429,00												
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 429,00		VALOR DO ICMS 77,22		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 429,00								
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO ICMS SUBST. 0,00								
DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 429,00								
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE		CÓDIGO ANTT								
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		PLACA DO VEÍCULO								
QUANTIDADE 10		MARCA		UF								
ESPÉCIE		NUMERAÇÃO		INSCRIÇÃO ESTADUAL								
		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS IPI
01044	ESTRADO 50X50X4,5CM PESADO PRETO SHO50	39189000	000	5102	UN	10,00	42,90	429,00	429,00	77,22	0,00	18,00 0,00
												
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA												
DADOS ADICIONAIS												
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 008 - EDUARDO Cond.Pag: 01028 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011585-PD VEM RETIRAR Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 26,60 Federal / R\$ 77,22 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 16/10/2024
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 18/09/2024	Nº do Documento 000000105936A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 18/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013999-6		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 429,00	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)							(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 1,42 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 8,58							(-) 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.: 000000105936A-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:							109/00013999-6
Autenticação							

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01399.960135 65530.470007 7 98710000042900			
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 16/10/2024
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 18/09/2024	Nº do Documento 000000105936A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 18/09/2024	Carteira/Nosso Número 109/00013999-6		
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 429,00	
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)							(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 1,42 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 8,58							(-) 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.: 000000105936A-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:							109/00013999-6
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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	74891.12420 10613.301018 24026.461061 1 98710000194700
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A
Código do Banco:	748
Código do ISPB:	01181521
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK
Nome/Razão Social:	MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK
CPF/CNPJ:	04.587.421/0001-11
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASS.HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL 5666
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:	16/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	1.947,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	1.947,00
Valor Pago (R\$):	1.947,00

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:12:53
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985830994 Chave de segurança: 96G9PLHP8S4NRPSR

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

powered by **SIGER**

 Encaixando com sua necessidade!		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT,451 SAO JORGE CEP:93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS Fone: (51)99152.8181 contato@mrplasticos.com.br		CC-e COMPROVANTE DA CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA SEQUENCIA CC-E 1 SERIE NF-E 1 Nº 000.015.634			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 086/0501663		INS. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 04.587.421/0001-11		CHAVE DE ACESSO DA NF-E 4324 0904 5874 2100 0111 5500 1000 0156 3415 7584 6747	
						PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA NF-E 243240130876603 18/09/2024 13:56:05	
						PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA CC-E 243240136042354 24/09/2024 11:24:46	
DESTINATÁRIO / EMITENTE							
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS,50						BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	
MUNICÍPIO GARÇA						CEP 17.402-064	
FONE / FAX (16)3374.8438				UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
CONDIÇÃO DE USO							
A Carta de Correção é disciplinada pelo § 1º-A do art. 7º do Convênio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com: I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação. II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário. III - a data de emissão ou de saída.							
CORREÇÃO							
TRANSPORTADORA CORRETA: Stillo Transportes Ltda Filial 3 Rua Fernando Ferrari, 150 - Pavilhão 6 CEP 92130-000 Bairro Niterói Canoas RS CEP 92130-000 CNPJ 07.159.982/0003-70 I.E. 024/0480015 fiscalpa@stillo-rs.com.br							

		748-X		74891.12420 10613.301018 24026.461061 1 98710000194700	
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI					Vencimento 16/10/2024
Beneficiário MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT,451 - SAO JORGE CEP: 93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS CNPJ: 04.587.421/0001-11					Agência/Cód.Beneficiário 0101.24.02646
					Nosso Número 24/210613-3
Data do documento 18/09/2024	Número do documento 15634	Espécie DOC DM	Aceite N	Data de processamento 18/09/2024	(=) Valor do Documento 1.947,00
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto/Abatimento
Instruções:APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 3,25 AO DIA APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 38,94 PROTESTO AUTOMATICO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO NF.Nro. NE/015634					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Gerado por SIGER® - Rech Informática - www.rech.com.br

Pagador ASS.HOSP BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS,50 - WILLIAMS CEP: 17.402-064 GARÇA - SP Beneficiário final		Cód: 5666	CNPJ: 45.349.461/0001-02
--	--	-----------	--------------------------

		748-X		74891.12420 10613.301018 24026.461061 1 98710000194700	
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI					Vencimento 16/10/2024
Beneficiário MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT,451 - SAO JORGE CEP: 93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS CNPJ: 04.587.421/0001-11					Agência/Cód.Beneficiário 0101.24.02646
					Nosso Número 24/210613-3
Data do documento 18/09/2024	Número do documento 15634	Espécie DOC DM	Aceite N	Data de processamento 18/09/2024	(=) Valor do Documento 1.947,00
Uso do Banco	Carteira	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Desconto/Abatimento
Instruções:APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 3,25 AO DIA APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 38,94 PROTESTO AUTOMATICO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO NF.Nro. NE/015634					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASS.HOSP BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS,50 - WILLIAMS CEP: 17.402-064 GARÇA - SP Beneficiário final		Cód: 5666	CNPJ: 45.349.461/0001-02		

Gerado por SIGER® - Rech Informática - www.rech.com.br



Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	75691.31910 01027.203502 00090.460015 6 98710000041690
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:	16/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	416,90
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	416,90
Valor Pago (R\$):	416,90

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:13:23
------------------------	---------------------

Código da operação: 36985850902 Chave de segurança: 63EXNWSNA2V1S4ZJ

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

RECEBEMOS DE CAJ MATERIAIS ELETRICOS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		Nº 1506
		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 - Saida

1

Nº 1506

SÉRIE: 1

FOLHA: 1 de 2



CHAVE DE ACESSO

35241007552353000143550010000015061556622741

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	
VENDAS		135242194401267	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA	CNPJ	
421081341111		07552353000143	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ		DATA DA EMISSÃO	
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ		45349461000102		01/10/24 00:00	
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO		CEP	
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 -		Williams		17402064	
MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA	
GARÇA	SP			00:00:00	

FATURA/DUPLICATA

Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor	Número	Data Vcto.	Valor
91847/1	16/10/2024	416.90												

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS ST		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		416,90	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	TOTAL DOS IMPOSTOS		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00		416,90	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
		9 - Sem frete									
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			
1	Volume	Diversos		01		0,00		0,00			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH.	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
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
343	ABRACADEIRA TIPO U (B) 3/4 INCA	73269090	0500	5405	UN	1,0000	1,0000	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
658	ARRUELA LISA ZINCADA 3/16	73182200	0500	5405	UN	20,0000	0,1000	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
918	CABO FLEXIVEL PP 2 X 1.5MM COBRECOM	85444900	0500	5405	MT	25,0000	4,2000	105,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1206	CADEADO PADO 20MM	83011000	0102	5102	UN	1,0000	15,9000	15,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1610	PARAFUSO JOMARFIX CHATA PHS 4.0 X 40	73181200	0102	5102	UN	10,0000	0,2000	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1869	PLUG RR 1/2 BRANCA KRONA	39174090	0500	5405	UN	1,0000	1,0000	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3259	BUCHA GESSO GD3 24-32 IVPLAST	39259090	0500	5405	UN	10,0000	0,4500	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3972	Plugue Macho 2pt 20a 250v Preto Inject	85369090	0500	5405	UN	1,0000	5,0000	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4089	PLACA DE SINALIZAÇÃO 110V/220V AVULSO 5X25 LOOK	39031900	0102	5102	UN	20,0000	0,5000	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6286	TOMADA DESMONTAVEL 2PT 10A PTO TMD1-3 MARGIRIUS	85366910	0500	5405	UN	1,0000	4,5000	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6901	PLACA 4X2 3 MOD. DIST. INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	7,0000	7,5000	52,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8957	Chave Fixa Tramontina 12 X 13mm	82041100	0500	5405	UN	1,0000	9,5000	9,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7382	PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	2,0000	7,5000	15,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7382	PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO ALUMBRA	39259090	0500	5405	UN	1,0000	7,5000	7,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7383	MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	2,0000	7,9000	15,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7383	MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	7,0000	7,9000	55,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7476	MODULO PRO TOMADA 20A INOVA PRO ALUMBRA	85369090	0500	5405	UN	1,0000	7,6000	7,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7713	Lixa Massa Tatu 150	68052000	0102	5102	UN	1,0000	1,5000	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7862	UNIAO ZAMAC GARDEN 3/4 X 1/2 P/ TORNEIRA	79070090	0102	5102	UN	1,0000	3,5000	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9667	TRINCHA ATLAS (11) 315X11/2 PLUMATEK	96034090	0102	5102	UN	1,0000	8,7000	8,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9713	ABRACAD RSF 13A19MM 1/2X3/4 INCA	73269090	0500	5405	UN	1,0000	2,0000	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9951	CHAVE COMB 17MM FOSFOTIZADA SPARTA	82041100	0500	5405	UN	1,0000	9,5000	9,50	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
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
10370	ESPATULA AÇO 6CM MAX	82055900	0500	5405	UN	1,0000	6,9000	6,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH.	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
10621	EXTENSOR DE HDMI CJTO 2 PÇS	85044010	0500	5405	UN	1,0000	14,0000	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11178	SIFAO SANF. UNIV. BCO 1,5MT KRONA	39174090	0500	5405	UN	1,0000	15,0000	15,00	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 48,47 Federal, 80,54 Estadual, 0,00 Municipal, Fonte IBPT/empresometro.com.br 20.2.C Contrato de Gestao 01/2004, Prefeitura MunicipaldeLouveira/SP	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS L
TDA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848-4513

E-Mail: cajmateriaiseletricos vend

as@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN

EFICIENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id:
984)

End: Rua Doutor Orlando Thiago San
tos - 50

Bairro: Williams

Município: Garça - SP

Fone: 1938483554 / 1938483532

E-Mail: compras@louveira ahbb org
br

Numero do pedido: 172247

Funcionário: Rosiméri de Souza João

Terminal: 004

Data: 05/09/2024 as 14:20:39 - Pagina: 1

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

5137-MODULO PRO TOMADA 20A INOVA PRO ALUMBRA			
--	--	--	--

	1	7,60	7,60
--	---	------	------

Soma do pedido			7,60
----------------	--	--	------

Convênio			7,60
----------	--	--	------

Valor Acumulado			702,90
-----------------	--	--	--------

Data de Vencimento da Venda: 05/10/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 1

----- 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: 172293

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 06/09/2024 às 15:12:03 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA PRO			
ALUMBRA	1	7,50	7,50
Soma do pedido			7,50
Convênio			7,50
Valor Acumulado			710,40

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 1

----- 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: 172203
Funcionário: Rosiméri de Souza João
Terminal: 004

Data: 04/09/2024 às 17:01:56 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
7896565850012-PLACA 4X2 2 MOD. DIST. INOVA P	2	7,50	15,00
RO ALUMBRA	2	7,90	15,80
5044-MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO ALUMBRA	1	15,90	15,90
7891799529031-DESENGRIPANTE SPRAY W-MAX 300M	1	15,90	15,90
L. WURTH	1	15,90	15,90
1752-PLACA DE SINALIZAÇÃO 110V/220V AVULSO 5	20	0,50	10,00
X25 LOOK	20	0,50	10,00
Soma do pedido			56,70
Convênio			56,70
Valor Acumulado			695,30

Data de Vencimento da Venda: 04/10/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 25

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: cajmaterialeletricos.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: 172388

Funcionário: Rosiméri de Souza João

Terminal.: 004

Data: 10/09/2024 às 16:14.00 - Pagina. 1

Descrição dos Produtos

Quant VI Unit Sub Tot

7897801301473-PLUG RR 1/2 BRANCA

KRONA

1 1,00 1,00

Soma do pedido

1,00

Convênio

1,00

Valor Acumulado

716,90

Data de Vencimento da Venda: 10/10/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 1

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: 172490

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 12/09/2024 às 13:47:46 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
CHAVE FIXA TRAMONTINA 12 X 13MM	1	9,50	9,50

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 1

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: 172489

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 12/09/2024 às 13:46:58 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
CHAVE COMB 17MM FOSFOTIZADA SPAR	1	9,50	9,50
ESPATULA AÇO 6CM MAX	1	6,90	6,90
DESENGRIPANTE SPRAY W-MAX 300ML	1	15,90	15,90
WURTH	1	1,00	1,00
ABRACADEIRA TIPO U (B) 3/4 INCA	1	1,50	1,50
LIXA MASSA TATU 150	1	8,70	8,70
TRINCHA ATLAS (11) 315X11/2 PLUM	1	8,70	8,70
ATEK	1	8,70	8,70

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 6

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

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

CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA

Raz Soc: CAJ MATERIAIS ELETRICOS L
TDA

Rua São Carlos - 422

Bairro: Jd Lago Azul II

Município: Louveira - SP

Fone: (19) 3848-4513

E-Mail: cajmateriaiseletricos.vendas@gmail.com

CPF/CNPJ Cadastro: 45349461000102

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - MATRIZ (Id: 984)

End: Rua Doutor Orlando Thiago Santos - 50

Bairro: Williams

Município: Garça - SP

Fone: 1938483554 / 1938483532

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

Numero do pedido: 172832

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 20/09/2024 às 15:04:49 - Pagina: 1

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

CABO FLEXIVEL PP 2 X 1.5MM COBRE	25	4,20	105,00
PLACA 4X2 3 MOD. INOVA PRO ALUMBRA	7	7,50	52,50
MODULO PRO TOMADA 10A INOVA PRO	7	7,90	55,30
FITA ISOLANTE 3M IMPERIAL 20MTS	1	9,90	9,90
TOMADA DESMONTAVEL 2P+T 10A PTO TMD1-3 MARGI	1	4,50	4,50
PLUGUE MACHO 2P+T 20A 250V PRETO	1	5,00	5,00
CADEADO PADO 20MM	1	15,90	15,90

Soma do pedido			248,10
Convênio			248,10
Valor Acumulado			1018,00

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 43

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: 175950

Funcionário: Balcão

Terminal: 005

Data: 25/09/2024 às 16:39:06 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
BUCHA GESSO GD3 24-32 IVPLAST	10	0,45	4,50
ARRUELA LISA ZINCADA 3/16	20	0,10	2,00
PARAFUSO JOMARFIX CHATA PHS 4.0 X 40	10	0,20	2,00
EXTENSOR DE HDMI CJTO 2 PÇS	1	14,00	14,00
Soma do pedido			22,50
Convênio			22,50
Valor Acumulado			1040,50

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 41

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: 176007

Funcionário: Rosiméri de Souza João

Terminal.: 004

Data: 26/09/2024 às 16:14:46 - Pagina: 1

Descrição dos Produtos	Quant	VI Unit	Sub Tot
7897801311229-SIFAO SANF. UNIV. BCO 1,5MT KR			
ONA	1	15,00	15,00

Soma do pedido	15,00
Convênio	15,00
Valor Acumulado	1055,50

Data de Vencimento da Venda: 26/10/2024

Cliente

Quantidade de Itens no Pedido: 1

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: 172345

Funcionário: Rosiméri de Souza João

Terminal: 004

Data: 09/09/2024 às 16:22:56 - Pagina: 1

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

7354-ABRACAD RSF 13A19MM 1/2X3/4	1	2,00	2,00
----------------------------------	---	------	------

INCA			
------	--	--	--

5521-UNIAO ZAMAC GARDEN 3/4 X 1/2 P/ TORNEIR	1	3,50	3,50
--	---	------	------

A			
---	--	--	--

Soma do pedido			5,50
----------------	--	--	------

Convênio			5,50
----------	--	--	------

Valor Acumulado			715,90
-----------------	--	--	--------

Data de Vencimento da Venda: 09/10/2024

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 -



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 16/10/2024 (+) Outros acréscimos (-) Desconto / Abatimento	Valor do Documento 416,90 (+) Mora / Multa (-) Outras deduções
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/10/2024 Juros 0,03%/dia A partir 17/10/2024 multa de 1,00% Não conceder desconto.			Data de Emissão 02/10/2024 Coop Contr/Cód. Beneficiário 3191/272035 Nosso Número 904-6	(=) Valor cobrado

Dados do Pagador

Nome do pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			Número do Documento 1.506	
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 00090.460015 6 98710000041690

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB						Vencimento 16/10/2024
Beneficiário C A J MATERIAIS ELETRICOS LTDA - ME 07.552.353/0001-43						Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário 3191/272035
Data do documento 02/10/2024	N. documento 1.506	Espécie DMI	Accite N	Data processamento 02/10/2024	Nosso número 904-6	
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade 0,00	Valor	Valor documento 416,90	
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 17/10/2024 Juros 0,03%/dia A partir 17/10/2024 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
						(+) Outros acréscimos
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 WILLIAMS GARÇA - SP Beneficiário Final						(=) Valor cobrado



Autenticação mecânica - Ficha de compensação



2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL			
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6			
Representação numérica do código de barras:	846300000011	941300060030	006640037906	202409060003
Empresa:	EMBRATEL			
Valor:	194,13			
Identificação da operação:	19413			
Data de débito:	14/10/2024			
Data/hora da operação:	14/10/2024			
Código da operação:	12731910			
Chave de segurança:	LGQEXFR3PPRTKT5E			

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

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

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0003



CTCE INDIAIATUBA SPI PL42
MUNICIPIO DE LOUEIRA
CX POSTAL 97 00 BRO CENTRO
CENTRO
13290-000 LOUEIRA SP

POSTAGEM: 26/08/2024 VENCIMENTO: 06/09/2024



0072424273412270000000489021260824

00800013

Dúvidas sobre sua conta ligue
0800 721 5421

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

Vantagens de ser um cliente Embratel

A Embratel tem o melhor serviço em Telefonia Local para você. Veja no verso da sua nota fiscal o que a Telefonia Local da Embratel pode fazer pela sua empresa. Com a Solução Completa de Voz Embratel sua empresa tem muito mais transparência, facilidade e economia. Saiba mais e entre em contato com seu Gerente de Contas ou ligue 0800 72 12 109.

Visando facilitar o conhecimento das regras de seu serviço telefônico, este documento de cobrança passa a ser emitido com a identificação dos planos de serviço longa distância de sua escolha. Para maiores informações sobre a cobrança e outras regras dos planos acesse www.embratel.com.br ou ligue para nossa central de atendimento.

CÓDIGO DA CONTA 103416410

SUA CONTA VENCE EM
06/09/2024

VALOR DA CONTA
R\$ 194,13

Seu Telefone: 19 38483532 (Classe: E)
mês de referência: Agosto/2024
data de emissão: 24/08/2024
nº da fatura: 0300664003790
nº da nota fiscal: 002328147
cód. para débito automático: 103416410-1

⚠ **Lembrete: Débitos anteriores: R\$ 56,55**

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUEIRA

R\$ 194,13

Total da Conta:

R\$ 194,13

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO	SERVIÇO	CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
1938483532	Sempre 21 Perfil Nacional	31	01:59:24	194,13
1938483532	Total	31	01:59:24	194,13
	Total do Resumo	31	01:59:24	194,13

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

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
19 38483532	Fixo / Fixo						
19 38483532	CAMPO LIMPO PAULISTA	11 40388557	24/07/2024	12:20:04	00:11:01	Dentro do Estado	14,62
19 38483532	JUNDIAI	11 45275700	04/08/2024	11:41:21	00:10:00	Dentro do Estado	13,17
19 38483532	CAMPO LIMPO PAULISTA	11 40388557	06/08/2024	16:23:08	00:01:24	Dentro do Estado	1,83
19 38483532	JUNDIAI	11 45838155	13/08/2024	15:24:52	00:00:54	Dentro do Estado	1,30
19 38483532	JUNDIAI	11 45834444	13/08/2024	18:46:33	00:07:38	Dentro do Estado	10,14
19 38483532	JUNDIAI	11 45275700	13/08/2024	18:56:37	00:03:35	Dentro do Estado	4,73
19 38483532	JUNDIAI	11 45275700	13/08/2024	20:23:13	00:05:30	Dentro do Estado	7,23
19 38483532	JUNDIAI	11 29239000	13/08/2024	22:21:33	00:00:21	Dentro do Estado	1,30
19 38483532	JUNDIAI	11 45831040	13/08/2024	22:35:16	00:00:18	Dentro do Estado	1,30
19 38483532	JUNDIAI	11 45235480	14/08/2024	10:03:58	00:00:24	Dentro do Estado	1,30

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

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



CÓDIGO DA CONTA
103416410

NÚMERO DA FATURA
0300664003790

DATA DE VENCIMENTO
06/09/2024

VALOR DA CONTA
R\$ 194,13

Pague
com
Pix



846300000011 941300060030 006640037906 202409060003





2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL			
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6			
Representação numérica do código de barras:	846500000019	499300060039	006640038623	202409060003
Empresa:	EMBRATEL			
Valor:	149,93			
Identificação da operação:	14993			
Data de débito:	14/10/2024			
Data/hora da operação:	14/10/2024			
Código da operação:	12759302			
Chave de segurança:	T8N7WXW9A5HVSZ3			

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

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

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



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

POSTAGEM: 26/08/2024 VENCIMENTO: 06/09/2024

00500034



0072424273412270000000488921260824

Dúvidas sobre sua conta ligue
0800 721 5421

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

Vantagens de ser um cliente Embratel

A Embratel tem o melhor serviço em Telefonia Local para você. Veja no verso da sua nota fiscal o que a Telefonia Local da Embratel pode fazer pela sua empresa. Com a Solução Completa de Voz Embratel sua empresa tem muito mais transparência, facilidade e economia. Saiba mais e entre em contato com seu Gerente de Contas ou ligue 0800 72 12 109.

Visando facilitar o conhecimento das regras de seu serviço telefônico, este documento de cobrança passa a ser emitido com a identificação dos planos de serviço longa distância de sua escolha. Para maiores informações sobre a cobrança e outras regras dos planos acesse www.embratel.com.br ou ligue para nossa central de atendimento.

CÓDIGO DA CONTA 103416332

SUA CONTA VENCE EM

06/09/2024

VALOR DA CONTA

R\$ 149,93

Seu Telefone: 19 38483200

(Classe: E)

mês de referência:

Agosto/2024

data de emissão:

24/08/2024

nº da fatura:

0300664003862

nº da nota fiscal:

002328149

cód. para débito automático:

103416332-7

⚠ **Lembrete: Débitos anteriores: R\$ 27,23**

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos) R\$ 149,93

Total da Conta: R\$ 149,93

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO	SERVIÇO	CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
1938483200	Sempre 21 Perfil Nacional	21	01:25:24	149,93
1938483200	Total	21	01:25:24	149,93
	Total do Resumo	21	01:25:24	149,93

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

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
19 38483200	Fixo / Fixo						
19 38483200	CAMPO LIMPO PAULISTA	11 40388557	24/07/2024	13:56:54	00:04:34	Dentro do Estado	6,06
19 38483200	CAMPO LIMPO PAULISTA	11 40388557	07/08/2024	09:58:43	00:09:15	Dentro do Estado	12,24
19 38483200	JUNDIAI	11 45838155	13/08/2024	15:01:28	00:02:08	Dentro do Estado	2,89
19 38483200	CAMPO LIMPO PAULISTA	11 40388557	13/08/2024	15:05:35	00:01:23	Dentro do Estado	1,83
19 38483200	JUNDIAI	11 45275700	13/08/2024	18:54:47	00:01:10	Dentro do Estado	1,56
19 38483200	JUNDIAI	11 45831000	13/08/2024	22:36:32	00:01:02	Dentro do Estado	1,43
19 38483200	JUNDIAI	11 44310100	13/08/2024	22:39:31	00:09:39	Dentro do Estado	12,78
19 38483200	JUNDIAI	11 45235480	14/08/2024	09:57:20	00:02:04	Dentro do Estado	2,75
19 38483200	JUNDIAI	11 45838155	14/08/2024	11:16:23	00:01:45	Dentro do Estado	2,36
19 38483200	JUNDIAI	11 45838155	14/08/2024	11:40:23	00:02:50	Dentro do Estado	3,81

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

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

Embratel

CÓDIGO DA CONTA

103416332

NÚMERO DA FATURA

0300664003862

DATA DE VENCIMENTO

06/09/2024

VALOR DA CONTA

R\$ 149,93

Pague
com
Pix



846500000019 499300060039 006640038623 202409060003





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000048 35000.070306 4 98690000010000
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:	14/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	14/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	100,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00

Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	100,00
Valor Pago (R\$):	100,00

Data/hora da operação:	14/10/2024 15:08:44
------------------------	---------------------

Código da operação:	36985943099
Chave de segurança:	9F4XAAUA0XZAYPRQ

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: 03/10/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 100,00		NF-e Nº 000.007.885 SÉRIE 5
DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:	

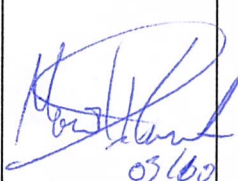
 ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA ESTRADA ANHANGUERA, 72 - SANTO ANTONIO CEP 15.760-000 - LOUVEIRA - SP Fone (017) 2136-6400	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.007.885 SÉRIE 5 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 1072 9118 3700 0284 5500 0078 8510 0139 8722 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 135242213813203 03/10/2024 12:55:53

DESTINATÁRIO / REMETENTE		
NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO: 03/10/2024
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 100,00	
VALOR DO FRETE: 0,00	VALOR DO SEGURO: 0,00	DESCONTO: 0,00	OUT. DESP. ACESSÓRIAS: 0,00	VALOR DO IPI: 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA: 100,00

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
COD. PROD.	COD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/Serviço	V. TRIBUTOS	COD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
3	810101001	ETANOL COMUM	19,40	22071090	060	5656	L	25,126	3,98	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
 CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA														

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PLACA: SYC1G14 MOTORISTA: MARCOS Tributos aproximados: R\$ 7,40 (7,40%) Federal, R\$ 12,00 (12,00%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT - SP 19CB11 Vlacon Amparo 146 km	

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Data Qui, 2024-10-03 12:57

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 **03/10/2024 12:55**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

LOUVEIRA

ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Média KM:

HM:

Motorista: **MARCOS**

Veículo:

Placa: **SYC1G14**

Cupom Fiscal: **7885**

Nota Fiscal: **7885**

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
ETANOL COMUM	25,126 L	R\$ 3,980	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 100,00

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

Data: 03/10/2024

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:

Veículos.:

Motorista: MARCOS

Valor....: 100,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupon.:7885

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

07/10/2024 14:55

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 10125476
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 07/10/2024
Vencimento: 14/10/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	Vi. Item	Pr. Tab.	Vi. Tab.
	7885	03/10/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	25,13				ETANOL COMUM	3,980	100,000	3,980	100,000
Total de litros: 25,13										Valor Total: 100,00			

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL													
Valor total faturado: 100,00													
Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela										
ETANOL COMUM	25,13	100,00	100,00										



237-2

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 14/10/2024	Nº do Documento 10125476
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000435-P	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 100,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 07/10/2024
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



237-2

23793.39100 99691.000048 35000.070306 4 98690000010000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000435-P
Número do documento 10125476	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 14/10/2024	Valor documento R\$ 100,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064				

Instruções

Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,20 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada



237-2

23793.39100 99691.000048 35000.070306 4 98690000010000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 14/10/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 07/10/2024	Nº documento 10125476	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 07/10/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000435-P
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor R\$ 100,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa

Pagador / Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

15/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202410141853d08efc55f13

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 14/10/2024 às 16:06:31

Valor Original: R\$ 688,39 **Valor Atualizado:** R\$ 688,39 **Tarifa:** R\$ 6,12

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45349461000102

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: FUTURA MEDICAMENTOS

CNPJ: 08231734000193

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Chave Pix: 08231734000193

Código da operação: 36986686254

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda (08.231.734/0001-93) os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e
No. 192.467

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

SÉRIE: 0


www.futuramedicamentos.com.br
Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA
Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira
Cep: 18271-210 Tatui/SP
Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

No. 192.467

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001924671002142746
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
135242104722338 20/09/2024 15:16

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
20/09/2024

Endereço
AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito
WILLIAMS

Cep
17402-064

Data de Saída/Entrada
20/09/2024

Município
GARÇA

Fone/Fax
(14)035325198

UF
SP

Inscrição Estadual
ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl. : 192.467/ 1 Valor : 688,39 Vencdo. 08/10/2024

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
688,39	123,39	0,00	0,00	688,39
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
				688,39

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI

Frete por Conta
1 - emitente
2 - destinatário

1

Código ANTT

Placa do veículo

UF

CNPJ/CPF
12.270.745/0004-00

Endereço
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM 2.2 - S

Município
SUMARE

UF
SP

Inscrição Estadual
671495090114

Quantidade

Espécie

Marca

Numeração

Peso Bruto
0,000

Peso Líquido
0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
568044	CARVEDILOL 12,5MG CX C/30 CMP "GENÉRICO" EMS Lote : 3I0833 Val. 18/12/2024	30049069	000	5102	CX	1,00 1,00	2,454000	2,45	2,45	0,29		12,0	
568527	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML CX C/100AMP "PROMETAZOL" HIPOLABOR/SANVAL Lote : BL-012/24 Val. 31/07/2026	30049079	000	5102	CX	2,00 2,00	339,920000	679,84	679,84	122,37		18,0	
568125	PREDNISONA 20MG CX C/10 CP "GENÉRICO" EMS Lote : 4E4356 Val. 08/06/2026	30043999	000	5102	CX	2,00 2,00	3,048000	6,10	6,10	0,73		12,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63 JARDIM LARO AZUL 13294-394 LOUVEIRA SP

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda (08.231.734/0001-93) os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e No. 192.467
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	SÉRIE: 0

 www.futuramedicamentos.com.br Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira Cep: 18271-210 Tatui/SP Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 No. 192.467 SÉRIE: 0 Página 2 de 2	 Chave de Acesso da NF-e 35240908231734000193550000001924671002142746 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 135242104722338 20/09/2024 15:16
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.218.247 PEDIDO 361447121.1 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	Reservado ao FISCO
---	--------------------



Banco Itaú S/A 341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 07/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 190582/1	Nosso Número 109/00317401-0
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 688,39	(-)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 31740.104521 24007.710007 1 98620000068839

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 07/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 09/09/2024	Número do Documento 190582/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 09/09/2024	Nosso Número 109/00317401-0
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 688,39
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,21 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 13,77 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 Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 15/10/2024 às 11:00:38

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 197/0001/00000705694-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DROGARIA NOVA SOLLARE

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 11.936.808/0001-00

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 191,36

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 14/10/2024

Data da Operação: 14/10/2024

Código da Operação: 13599289

Chave de Segurança: TWRY3Z34EGQV0NP0

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		NF-e	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		Número: 190
			Série: 1
			Pag.1/1

DROGARIA NOVA SOLLARE ME AVENIDA PAULO PRADO,201 - JARDIM LAGO AZUL LOUVEIRA / SP - CEP:13290-000 Tel.: 38485258		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA 1 Nº.190 Série: 1	
NATUREZA DA OPERAÇÃO LANCAMENTO EFETUADO EM DECORRENCIA DE EMISSAO DE DOCUMENTO F		CHAVE DE ACESSO 3524.1011.9368.0800.0100.5500.1000.0001.9010.0000.1910	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 421034877117		Protocolo de Autorização de Uso 135242195449021 01/10/2024 - 17:08:49	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ 11936808000100	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 01/10/2024
ENDEREÇO RUA LUIS MARTINS CRUZ	NR 63	BAIRRO / DISTRITO JARDIM LAGO AZUL II	CEP 13294394
MUNICÍPIO LOUVEIRA	UF SP	TELEFONE / FAX 38483554	DATA DA SAÍDA 01/10/2024
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 17:08:08

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0.00	VALOR DO ICMS 0.00
BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0.00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0.00
V.APROX. TRIBUTOS	
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 191.36	
VALOR DO FRETE 0.00	VALOR DO SEGURO
DESCONTO 0.00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0.00
VALOR DO IPI 0.00	
VALOR TOTAL DA NOTA 191.36	

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	FABRICANTE	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS
74240	FRD GER TENA PANTS NOT G/EG8X7 FCI B4A6AF54-1612-4C89-9FFA-1A5FE5A96D27	TENA	96190000	5400	5929	UN	4	35,99	0,00	143,96	0,00	0,00	0,00	0%
75924	ALMOTOLIA PLASTICA 250ML BRANCA J P	DIVERSOS	39269040	0400	5929	UN	6	7,90	0,00	47,40	0,00	0,00	0,00	0%

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
'Nome: DROGARIA NOVA SOLLARECNPJ: 11.936.808/0001-00Instituio: 197 - Stone Pagamentos S.A.Agncia: 0001Conta: 705694-8 Municipal de Louveira/SP SAT-CFe Mod.59 - Numero de Serie CFe: SAT001122179 chave de acesso : 35240911936808000100590011221790922177599101, 35240911936808000100590011221790897626603181, NF. Ref.:35240911936808000100590011221790922177599101'	

15/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202410141909464924cd0ef

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 14/10/2024 às 16:11:58

Valor Original: R\$ 490,00 **Valor Atualizado:** R\$ 490,00 **Tarifa:** R\$ 4,36

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45349461000102

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: AUDIOCAR SOM ACESSORIOS E INSULFIM LTDA

CNPJ: 29154592000188

Instituição: PAGSEGURO S.A.

Chave Pix: +5519988565019

Código da operação: 36986955717

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

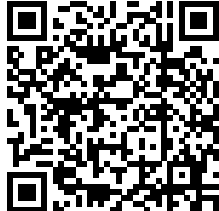
Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID Transação presente neste comprovante.

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

	PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO SECRETARIA DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS			
	Data de Emissão 19/09/2024 12:14:55	Número da Nota 000160	Incentivo Fiscal Simples Nacional	
	Código de autenticação da NFSe: 1fh7ay4utslc044			

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

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

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

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO			
Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira. SERVIÇO DE APLICAÇÃO DE INSULFILM BRANCO. PAGAMENTO DIA 07/10/2024, AG 7785.C/C 18310/9, ITAÚ AUDIO CAR SOM ACESSÓRIOS E INSULFILM, PIX CHAVE 19988565019.			

Atividade: 1401 - Lubrificacao, limpeza, lustracao, revisao, carga e recarga,conserto, restaura							
Aliquota da Atividade: 2,01%				Valor Bruto da Nota: R\$ 490,00			
Desconto Incondicional	INSS	IRRF(R\$)	CSLL	COFINS	PIS/PASEP	Deduções Previstas em Lei	Ded.Material/ Outras Ded.
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
							ISS Retido ()SIM (X)NAO

OBSERVAÇÕES			
I - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL II- NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.			
Valor Total de Deduções	Base de Cálculo	Valor do ISS	Valor Líquido da Nota
R\$ 0,00	R\$ 490,00	R\$ 9,85	R\$ 490,00

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



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:	336 - BANCO C6 S.A. - 31872495
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00010534777-9
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	GILENE FERNANDES DE SOUSA
CPF/CNPJ:	28.370.155/0001-39
Valor:	R\$ 7.587,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	15/10/2024
Data / Hora da operação:	15/10/2024 15:03:13

Código da operação:	58909716
Chave de segurança:	MMWF053FGCK6U58U

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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

Chave de Acesso da NFS-e
527306222837015500013900000000002224101578613986

L número da NFS-e
2

L número da DPS
5

Competência da NFS-e
07/10/2024

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da NFS-e
07/10/2024 15:03:19

Data e Hora da emissão da DPS
07/10/2024 15:03:19



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 REDERICO POLOZZI, 166, SAGRADO CORACAO DE JESUS		Município Louveira - SP	CEP 13290-000
Regime Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	
COMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		E-mail -	
Endereço R 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 6.01.01 - Serviços de coleta, emissão 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 Contrato de gestao 001 2024 Prefeitura Municipal de Louveira Ref mes de Setembro 2024 Hospital Santo Antonio			

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\$ 7.587,00	Desconto Incondicionado -	Total Deduções/Reduções -	Cálculo do BM -
IC ISSQN	Alíquota Aplicada -	Retenção do ISSQN Não Retido	ISSQN Apurado -

TRIBUTação FEDERAL			
RRF	CP -	CSLL -	
PIS	COFINS -	Retenção do PIS/COFINS -	TOTAL TRIBUTação FEDERAL -

VALOR TOTAL DA NFS-E			
Valor do Serviço R\$ 7.587,00	Desconto Condicionado R\$	Desconto Incondicionado R\$	ISSQN Retido -
RRF, CP,CSLL - Retidos R\$ 0,00	PIS/COFINS Retidos -		Valor Líquido da NFS-e R\$ 7.587,00

TOTALS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS			
Federais -	Estaduais -	Municipais -	

INFORMações COMPLEMENTARES

IBS: 107020000



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:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00089115847-1
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	EDJALMA CAMPOS DA SILVA
CPF/CNPJ:	37.103.781/0001-50
Valor:	R\$ 210,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	15/10/2024
Data / Hora da operação:	15/10/2024 15:04:42

Código da operação:	59009965
Chave de segurança:	0SJHVTJXLLZ6XK8Y

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.
Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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

Chave de Acesso da NFS-e

3527306223710378100015000000000004324104677670229

Número da NFS-e
43Competência da NFS-e
05/10/2024Data e Hora da emissão da NFS-e
05/10/2024 16:22:51Número da DPS
42Série da DPS
50000Data e Hora da emissão da DPS
05/10/2024 16:22:51

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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF

37.103.781/0001-50

Inscrição Municipal

-

Telefone

(19) 7132-8809

Nome / Nome Empresarial

37.103.781 EDJALMA CAMPOS DA SILVA

E-mail

EDJALMACAMPOS@GMAIL.COM

Endereço

LEONI BERTOLINE, 328, PARQUE BRASIL

Município

Louveira - SP

CEP

13294-214

Simples Nacional na Data de Competência

Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN

-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF

45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal

-

Telefone

-

Nome / Nome Empresarial

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail

CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Endereço

DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS

Município

Garça - SP

CEP

17402-064

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional

24.01.01 - Serviços de chaveiros, confecção de carimbos e congêneres.

Código de Tributação Municipal

-

Local da Prestação

Louveira - SP

País da Prestação

-

Descrição do Serviço

Confecção de chaves contrato de gestão;001/2024 órgão: prefeitura municipal de louveira - Hospital Santo Antônio. (5) cópia de chave, 9,00 reais cada. abertura de porta (70,00). confecção de chave perdida.(25,00). concerto de fechadura porta de banheiro (30,00). conserto de portas com problema na maçaneta, (40,00).

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\$ 210,00

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\$ 210,00

Desconto Condicionado

R\$

Desconto Incondicionado

R\$

ISSQN Retido

-

IRRF, CP,CSLL - Retidos

R\$ 0,00

PIS/COFINS Retidos

-

Valor Líquido da NFS-e

R\$ 210,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais

-

Estaduais

-

Municipais

-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 02206.930071 43463.700005 5 98720000017550
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	LEPOK DISTRIBUICAO L LTDA
Nome/Razão Social:	LEPOK DISTRIBUICAO L LTDA
CPF/CNPJ:	19.576.717/0004-57
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

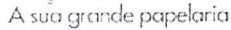
Data do Vencimento:	17/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	15/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	175,50
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	175,50
Valor Pago (R\$):	175,50

Data/hora da operação:	15/10/2024 14:09:15
------------------------	---------------------

Código da operação:	37027496154
Chave de segurança:	FCKNQZ4Z45NJMSZE

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



Avenida Doutor Cavalcanti, 676
Centro - Jundiaí/SP
CEP: 13201-003

(11) 4588-2032

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída

1

N° 000.032.816
SÉRIE 1

Página 1 de 1



Chave de acesso

3524 0919 5767 1700 0457 5500 1000 0328 1610 2232 9030

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

135242091240862 19/09/2024 08:47

19.576.717/0004-57

08:47:32

UF

3,960

[illegible]

Reservado ao fisco

19/09/24

ITAÚ

341-7

Recibo do Pagador

Local do pagamento					Parcela	Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					1/1	17/10/2024
Beneficiário					Agência/Código beneficiário	
Lepok Distribuição e Logística LTDA					0074/34637-0	
Endereço beneficiário / pagador avalista					CNPJ: 19.576.717/0004-57	
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003						
Data do documento	Número do documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número	
18/09/2024	008/032816-N/01	DM	N	19/09/2024	109/00022069-3	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do documento	
	109	R\$			175,50	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):					(Relação de Notas Fiscais)	
					Lj:08 NF:32816N R\$ 175,50	
					(-)Desconto / Abatimento	
					(-)Outras deduções	
					(+)Mora/Multa	
COBRAR JUROS DE R\$ 0,35 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR APÓS 7 DIAS UTÍIS DO VENCIMENTO COBRANÇA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR SOMENTE EM BANCO					(+)Outros acréscimos	
					(=)Valor cobrado	
Pagador					CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS 50 17402-064, WILLIANS - GARCA, SP						
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica	
LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676						
Recebido através do cheque núm. _____ do banco _____						
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.						

ITAÚ

341-7

Ficha de Caixa

Local do pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					17/10/2024	
Beneficiário					Agência/Código beneficiário	
Lepok Distribuição e Logística LTDA					0074/34637-0	
Endereço beneficiário / pagador avalista					CNPJ: 19.576.717/0004-57	
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003						
Data do documento	Número do documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número	
18/09/2024	008/032816-N/01	DM	N	19/09/2024	109/00022069-3	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do documento	
	109	R\$			175,50	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):					(-)Desconto / Abatimento	
					(-)Outras deduções	
					(+)Mora/Multa	
					(+)Outros acréscimos	
					(=)Valor cobrado	
COBRAR JUROS DE R\$ 0,35 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR APÓS 7 DIAS UTÍIS DO VENCIMENTO COBRANÇA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR SOMENTE EM BANCO						
Pagador					CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS 50 17402-064, WILLIANS - GARCA, SP						
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica	
LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676						

ITAÚ

341-7

34191.09008 02206.930071 43463.700005 5 98720000017550

Local do pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					17/10/2024	
Beneficiário					Agência/Código beneficiário	
Lepok Distribuição e Logística LTDA					0074/34637-0	
Endereço beneficiário / pagador avalista					CNPJ: 19.576.717/0004-57	
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003						
Data do documento	Número do documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número	
18/09/2024	008/032816-N/01	DM	N	19/09/2024	109/00022069-3	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do documento	
	109	R\$			175,50	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):					(-)Desconto / Abatimento	
					(-)Outras deduções	
					(+)Mora/Multa	
					(+)Outros acréscimos	
					(=)Valor cobrado	
COBRAR JUROS DE R\$ 0,35 POR DIA DE ATRASO PROTESTAR APÓS 7 DIAS UTÍIS DO VENCIMENTO COBRANÇA ESCRITURAL CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR SOMENTE EM BANCO						
Pagador					CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS 50 17402-064, WILLIANS - GARCA, SP						
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação	
LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676						





2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.57007 04018.258766 92177.720007 6 98730000034000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	COMPEL JUNDIAI P E LTDA
Nome/Razão Social:	COMPEL JUNDIAI P E LTDA
CPF/CNPJ:	07.487.905/0001-87
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. 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:	18/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	15/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	340,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	340,00
Valor Pago (R\$):	340,00

Data/hora da operação:	15/10/2024 14:09:46
------------------------	---------------------

Código da operação: 37027511646 Chave de segurança: 3KNH165Q3Q0L0EGQ

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 COMPEL JUNDIAI PRODUTOS ELETRONICOS LTDA RUA VIGARIO JOAO JOSE RODRIGUES, 162 - CENTRO 13201-001 JUNDIAI - SP (11) 4587-1234		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA 4.187 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 3524 0907 4879 0500 0187 5500 1000 0041 8713 7635 6009 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 135242100873851 20/09/2024 08:50:15	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 407.387.873.113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 07.487.905/0001-87	

DESTINATÁRIO			
NOME - RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DOBRASIL - MATRIZ		CNPJ 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 20/09/2024
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 63		BAIRRO - DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064
MUNICÍPIO GARÇA		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL (19) 3848-3532
			HORA DA SAÍDA 09:16:00

FATURA / DUPLICATA							
PARCELAS 001 18/10/2024 340,00							
CÁLCULO DO IMPOSTO							
BASE CÁLC. ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		BASE CÁLC. ICMS ST 0,00		VALOR ICMS ST 0,00	
TOTAL DOS PRODUTOS 340,00							
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 0,00	OUTRAS DESP. 0,00	VALOR IPI 0,00	VALOR APROX. TRIB. 105,31	TOTAL DA NOTA 340,00	

TRANSPORTADOR - VOLUMES TRANSPORTADOS								
NOME - RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA 0-Remetente	CODIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
ENDEREÇO				MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 21	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	V. APROX. TRIBUTOS	
03490	PAD MOUSE SIMPLES PRETO	40161090	0102	5102	PC	20	6,00	120,00	0,00	0,00		40,15	
04263	ROTIADOR WIRELESS GIGABIT DUAL BAND AC 1200MBPS MR300 MERCU Cod. Barras: 7898344553579	85176241	0500	5405	PC	1	220,00	220,00	0,00	0,00		65,16	

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R\$ 105,31 (30,9735%) FONTE: IBPT 24, I.A. NR. PEDIDO: 834301 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.. ACEITAMOS TROCAS ATÉ 7 DIAS ÚTEIS	RESERVADO AO FISCO

UnifE NF-e OPEN Source www.unife.com.br		Gerado em 20/09/2024 às 08:50:06 pelo UnifDANFE 3.9.13 Plus www.unifdanfe.com.br	
RECEBEMOS DE COMPEL JUNDIAI PRODUTOS ELETRONICOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 4.187, EMISSÃO: 20/09/2024 VALOR TOTAL: 340,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DOBRASIL - MATRIZ - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 63, WILLIAMS, 17402-064-GARÇA-SP		NF-e 4.187 SÉRIE 1	
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR		

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 04018.258766 92177.720007 6 98730000034000	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 18/10/2024
Beneficiário COMPEL JUNDIAI P E LTDA R VIG JOAO JOSE RODRIGUES, 162, , 13201001 - CENTRO - JUNDIAI - SP CNPJ/CPF: 07.487.905/0001-87					Agência/Código Beneficiário 8769/21777-2
Data do documento 20/09/2024	Núm. do documento 4187	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 20/09/2024	Nosso Número 157 / 00040182 - 5
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 340,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 3,00% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 10,00% PROTESTAR APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO SUJEITO A PROTESTO APÓS CINCO DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BR RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS,63 , 17402064 - WILLIAMS - GARÇA - SP Beneficiário final					CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.57007 04018.258766 92177.720007 6 98730000034000	
Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 18/10/2024
Beneficiário COMPEL JUNDIAI P E LTDA R VIG JOAO JOSE RODRIGUES, 162, , 13201001 - CENTRO - JUNDIAI - SP CNPJ/CPF: 07.487.905/0001-87					Agência/Código Beneficiário 8769/21777-2
Data do documento 20/09/2024	Núm. do documento 4187	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 20/09/2024	Nosso Número 157 / 00040182 - 5
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 340,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE..... 3,00% AO MÊS APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE..... 10,00% PROTESTAR APÓS 5 DIAS DO VENCIMENTO SUJEITO A PROTESTO APÓS CINCO DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador - ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BR RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS,63 , 17402064 - WILLIAMS - GARÇA - SP Beneficiário final					CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 CNPJ/CPF:



Ficha de Compensação
Autenticação mecânica



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 00793.772864 69914.390005 4 98730000001888
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENT
Nome/Razão Social:	JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENT
CPF/CNPJ:	50.975.853/0001-17
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:	18/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	15/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	18,88
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	18,88
Valor Pago (R\$):	18,88

Data/hora da operação:	15/10/2024 14:35:31
------------------------	---------------------

Código da operação: 37027518377**Chave de segurança:** CL6TU0ZQJTTSFU1H**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 JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA OS PRODUTOS E OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.		NF-e Nº 138398 SÉRIE: 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	
DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		VALOR DA NF: 18,88
EMISSION 20/09/2024		

JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS RUA VINTE E TRES DE MAIO, 121 VIANEJO JUNDIAI SP 13207070 (11) 4521-3799	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 138398 SÉRIE: 001 FOLHA: 1/1	 CHAVE DE ACESSO 35240950975853000117550010001383981280233042 CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL 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 SUBSTITUIDA DENTRO DO ESTADO		135242105014631 20/09/2024 15:47:22	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ	
407008854111		50.975.853/0001-17	
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF	EMISSION
NOME/RAZÃO SOCIAL		45.349.461/0001-02	20/09/2024
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	ENTR./SAÍDA
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50	Williams	17402064	20/09/2024
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Garça	(19) 3848-3554	SP	ISENTO
FATURA / DUPLICATA		HORA DA SAÍDA	
PARC: 1/1 VENCTO: 18/10/24 R\$ 18,88		15:47:16	

CÁLCULO DO IMPOSTO							
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S	VALOR DO I.C.M.S	B. DE CÁLCULO DO I.C.M.S ST	VALOR DO I.C.M.S ST	V. TOTAL DOS PRODUTOS			
	0,00		0,00				
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	V. TOTAL DO I.P.I	V. TOTAL DA NOTA		
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,88		
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS							
NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J / C.P.F		
	0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 0						
ENDEREÇO	TELEFONE	MUNICÍPIO	UF	INSCR. ESTADUAL			
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
				0,00	0,00		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S	VALOR I.P.I	VALOR DESC.	ALIQ. ICMS IPI
68375-3	BR.EXTRA-LONGA N.D10,0MM X 400MM ROCAST	82075011	060	5405	PC 1	1,000	18,88	18,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

ENDEREÇO DE ENTREGA Rua Luiz Martins Cruz, 63 / Jardim Lago Azul II/ CEP: 13294394/ Louveira - SP/ Brasil	ENDEREÇO DE COBRANÇA Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 / Williams/ CEP: 17402064/ Garça - SP/ Brasil
---	---

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

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO Nº 48389 Vendedor(a): 29-Vitoria Yngrid Alves Olegario CONTRATO DE GESTÃO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Tributos aproximados R\$: 2,87 Federal/ 3,40 Estadual/ 0,00 Municipal FONTE: IBPT Valor do PIS: R\$ 0,12, Valor do COFINS: R\$ 0,57		INFORMAÇÕES/CLASSIFICAÇÃO CST Aliq. Base ICMS V. ICMS 060 0,00 0,00 0,00	



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de entrega

Beneficiário JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTD			Agência / Código do Beneficiário 2866/99143-9		Motivos de não entrega(para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO			Nosso número 109/00007937-7		☐ Mudou-se ☐ Ausente ☐ Não existe n. indicado	
Vencimento 18/10/2024	Número do Documento 138398-1/1	Espécie Moeda R\$	Valor do Documento 18,88		☐ Recusado ☐ Não procurado ☐ Falecido	
Recebi(emos) o bloquete			Data		Assinatura	
Local de Pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO ITAU			Data		Entregador	
					Data do Processamento 20/09/2024	



Banco Itaú S.A.

341-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento						Vencimento 18/10/2024	
Beneficiário JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA						CNPJ/CPF 50.975.853/0001-17	
Data do Documento 20/09/2024		Nº do Documento 138398-1/1		Espécie Doc. DM		Aceite N	
Data do Processamento 20/09/2024		Nosso número 109/00007937-7					
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor 18,88			
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.						☐ Descontos/Abatimentos	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este Boleto, contate o BENEFICIÁRIO.						☐ (+) Mora /Multa	
Referente NF/Documento(s):138398-1/1						☐ (=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 17402-064 - Williams - Garça - SP						CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	
Pagador/Avalista						109/00007937-7	

Recebemos através do cheque nº

do banco

Autenticação mecânica

Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo banco Pagador



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 00793.772864 69914.390005 4 98730000001888

Local de Pagamento						Vencimento 18/10/2024	
Beneficiário JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA						CNPJ/CPF 50.975.853/0001-17	
Data do Documento 20/09/2024		Nº do Documento 138398-1/1		Espécie Doc. DM		Aceite N	
Data do Processamento 20/09/2024		Nosso número 109/00007937-7					
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor 18,88			
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.						☐ Descontos/Abatimentos	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este Boleto, contate o BENEFICIÁRIO.						☐ (+) Mora /Multa	
Referente NF/Documento(s):138398-1/1						☐ (=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 17402-064 - Williams - Garça - SP						CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	
Pagador/Avalista						109/00007937-7	

Código de baixa

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA FICHA DE COMPENSAÇÃO



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/10/2024 às 09:59:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 28.870,98

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/10/2024

Data da Operação: 18/10/2024

Código da Operação: 22959682

Chave de Segurança: MWLP60CYSEKAF5XU

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124101833579799-3

Tag
45349461 09/2024 MENSAL

Pagar este documento até
18/10/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

291.083,54

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
09/2024	985	291.083,54	0,00	0,00	0,00	291.083,54
Total Geral:		291.083,54	0,00	0,00	0,00	291.083,54

Data de geração da Guia: 18/10/2024 às 09:37:36 - Página 1/1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/10/2024 às 09:59:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 33.397,74

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/10/2024

Data da Operação: 18/10/2024

Código da Operação: 22717779

Chave de Segurança: 4VH9T31Q11CC921U

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

CNPJ
45.349.461/0001-02

Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Período de Apuração
Setembro/2024

Data de Vencimento
18/10/2024

Número do Documento
07.16.24292.9181698-8

Pagar este documento até

18/10/2024

Observações
Nº Recibo Declaração: 50000273726774

Valor Total do Documento

795.312,07

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	325.249,04			325.249,04
	01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20	600,00			600,00
	02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20%				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	142.214,00			142.214,00
	07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	325,57			325,57
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	413,70			413,70
	07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
5979	PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	89,64			89,64
	07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
5987	CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	137,89			137,89
	07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6147	PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO	193.371,35			193.371,35
	05 PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6228	CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ	6.202,21			6.202,21
	05 CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6230	PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ	3.949,58			3.949,58
	05 PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				

SEND A (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 2

18/10/2024 09:17:53

85840007953 7 12070385242 7 92071624292 5 91816988779 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840007953 7 12070385242 7 92071624292 5 91816988779 0



CNPJ: 45.349.461/0001-02

Número: 07.16.24292.9181698-8

Pagar até: 18/10/2024

Valor: 795.312,07

Pague com o PIX



Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
6243	COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ 05 COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024	22.041,62			22.041,62
6256	IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO 05 IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024	72.476,77			72.476,77
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:03.252.872/0001-35	2.764,30			2.764,30
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:05.873.322/0001-69	93,50			93,50
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:12.106.772/0001-91	5.060,00			5.060,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:13.662.388/0001-38	15.950,00			15.950,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:37.834.012/0001-21	1.125,42			1.125,42
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:46.988.583/0001-01	3.185,88			3.185,88
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024 CNPJ Prestador:57.485.740/0001-82	61,60			61,60
Totais		795.312,07			795.312,07

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
18/10/2024	INSS	INSS FOLHA	REF SETEMBRO/2024	R\$ 33.397,74

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/10/2024 às 09:59:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 5.060,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/10/2024

Data da Operação: 18/10/2024

Código da Operação: 22787448

Chave de Segurança: 48UX8YKCFMAGGA42

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

DT REALIZADA	GRUPO	CONTA	COMPLEMENTO	VALOR
18/10/2024	IMPOSTOS A RECOLHER	INSS NOTA	REF. AO VALOR DO INSS NFS-E 17 FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL	R\$ 5.060,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/10/2024 às 09:59:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 11.785,08

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/10/2024

Data da Operação: 18/10/2024

Código da Operação: 22905503

Chave de Segurança: FTYT0JG16PNFTYEH

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

DT REALIZADA	HISTÓRICO	CENTRO DE CUSTOS	COMPLEMENTO	VALOR
18/10/2024	IRRF FOLHA	LOUVEIRA	REF SETEMBRO/2024	R\$ 11.785,08

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 21/10/2024 às 09:59:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 11.177,26

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 18/10/2024

Data da Operação: 18/10/2024

Código da Operação: 22738904

Chave de Segurança: TYVH3X41EFMKT4KF

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

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
18/10/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	REF. AO VALOR DO IRRF NFS-E 495 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 5.674,50
18/10/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	REF. AO VALOR DO IRRF NFS-E 503 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 5.336,25
18/10/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	REF. AO VALOR DO IRRF NFS-E 711 WANER LABORATORIO DE ANALISES	R\$ 166,51
				R\$ 11.177,26

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 14/11/2024 às 15:34:53

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 033/1229/00013003657-9

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 31.275.474/0001-70

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 333.167,50

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 28/10/2024

Data da Operação: 28/10/2024

Código da Operação: 12461522

Chave de Segurança: TU0ATQFZ14909ATH

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

03/10/2024

Hora Emissão

08:37

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA

Código Autenticidade

139U.6980.1051.2005199-Y

Número da Nota

000509

Série da Nota

Número RPS

Série RPS

Data RPS

Prestador de Serviços

LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE

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

CNPJ/CPF

31.275.474/0001-70

Inscrição Municipal

4.94147-8

Telefone

e-mail

Nome Tomador de Serviços

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ

45.349.461/0001-02

Endereço

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

Complemento

CEP

17402-064

Bairro

WILLIAMS

Cidade
GARÇA

UF
SP

E-mail

CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Qtde

1

Descrição do Serviço

MEDICINA

Código Serviço

040117212

Aliquota

2,00

Valor Unitário

355.000,00

Valor Total

355.000,00

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 59 plantões e 7 horas R\$ 107.250,00/PED-EM 30 plantões R\$ 55.500,00/(RT) R\$ 8.500,00/Coordenações: CM R\$ 4.500,00/PED R\$ 4.500,00
Valor total dos serviços referente ao período de 16/09 a 30/09: R\$ 355.000,00.
Local: LOUVEIRA/SP
CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 - VALOR LÍQUIDO: R\$ 333.167,50
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

5.325,00

PIS/PASEP

2.307,50

COFINS

10.650,00

CSLL

3.550,00

VALOR TOTAL DA NOTA

355.000,00

Fatura Nº

Valor da Fatura R\$

Forma Pagamento

Valor por Extensão

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

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

Código Autenticidade

139U.6980.1051.2005199-Y

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

Número da Nota
000509

Série da Nota

Local

Data

Assinatura



30/09/2024

0080209691

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

CERTIDÃO Nº: 5309360**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 29/09/2024, verificou **NADA CONSTAR** como réu/requerido/interessado em nome de: *****

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

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

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

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

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

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

Esta certidão só tem validade mediante assinatura digital.

Esta certidão é sem custas.

São Paulo, 30 de setembro de 2024.

PEDIDO Nº: 0080209691





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

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

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 14:10:29 do dia 30/09/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 29/03/2025.

Código de controle da certidão: **5103.DE15.26EC.2B21**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 31.275.474/0001-70

Certidão nº: 67047132/2024

Expedição: 30/09/2024, às 14:16:05

Validade: 29/03/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **LEMES & TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **31.275.474/0001-70**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

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

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

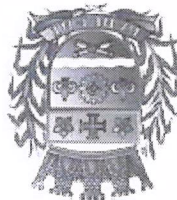
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

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

Prefeitura Municipal de Barueri
Estado de São Paulo



SECRETARIA DE FINANÇAS
Departamento Técnico de Tributos Mobiliários
CERTIDÃO NEGATIVA

Nº 63495/2024! (REEMISSÃO)

LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE

31.275.474/0001-70

4.94147-8

AVENIDA SAGITARIO

138

CONJUNTO COMERCIAL 1313B -TORR Andar Sala

SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE

BARUERI

06473073

Razão Social.....
CNPJ/CPF Nº.....
Inscrição Atual.....
Logradouro.....
Nº Atual.....
Complemento.....
Bairro.....
Cidade.....
CEP.....

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 : 188F.7058.4773.3339107-W Data de emissão : 18/09/2024 Hora de emissão : 16:45:26



**Certificado de Regularidade
do FGTS - CRF**

Inscrição:

31.275.474/0001-70

Razão

LEMES E TRONCOSO GESTAO E SAUDE LTDA

Social:

AV SAGITARIO 138 CJ COM 1316B SET A / SITIO TAMBORE ALPHA /
BARUERI / SP / 06473-073

Endereço:

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: 20/09/2024 a 19/10/2024

Certificação Número: 2024092020525048518300

Informação obtida em 30/09/2024 14:53:30

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

www.caixa.gov.br

Imprimir

Voltar



**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

24091232031-05

Data e hora da emissão

30/09/2024 14:25:33

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



**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

24091232031-05

Data e hora da emissão

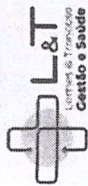
30/09/2024 14:25:33

Validade

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

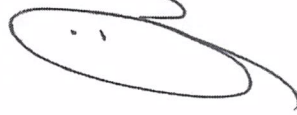
A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no site www.pfe.fazenda.sp.gov.br



LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de setembro/2024

Horário	domingo, 01/09
7h às 19h	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305
7h às 19h	Aline Gonçalves – CRM: 237758 (cobertura)
7h às 19h	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Dr. Francisco Bento de Brito Neto – CRM: 225089
Plantão 19h às 7h	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Dr. Matheus Crivelaro de Almeida – CRM: 215883
Emergencista 19h às 7h	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572

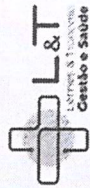

Aline Michel Curti
Médico
CRM: 221722

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

(11) 4193-1093 - adm@let.med.br



Digitalizado com CamScanner



LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de setembro/2024

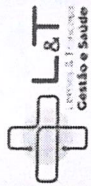
Horário	segunda-feira, 02/09	terça-feira, 03/09	quarta-feira, 04/09	quinta-feira, 05/09	sexta-feira, 06/09	sábado, 07/09	domingo, 08/09
7h às 19h	Dr. Isac Gabriel Lopes Sousa (cobertura)	Dr. Hélio Francisco de Souza Filho – CRM: 151187	Dr. Larissa Lima da Silva – CRM: 260104	Dr. Joice da Silva Carvalho – CRM: 243656	Dr. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dr. Jonas Duque Alvim – CRM: 206734	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305
7h às 19h	Dr. Evelyn Samila Paula da Silva – CRM: 260898 (cobertura)	Dr. Daniela Teodoro Almeida – CRM: 226466	Maria Eduarda Bernardinetti – CRM: 260214 (cobertura)	Dr. Kleverton Felix Goulart – CRM: 243798	Dr. Beatriz Feijó Thedin – CRM: 231888	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Matheus Crívelaro de Almeida – CRM: 215883
7h às 19h	Dr. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dr. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. Mariana Gimenez Quintaneiro – CRM: 258964	Dr. Mariana Gimenez Quintaneiro – CRM: 258964	Dr. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)	Dr. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Thayla Kerly Carvalho – CRM: 228453	Erick Oliveira Ferreira – CRM: 259435
Plantão 19h às 7h	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Dr. Thayla Kerly Carvalho – CRM: 228453	Dr. Gustavo Dutra Marques – CRM: 259484	Dr. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352 (cobertura)	Dr. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Dr. Tiago Rodrigo Gehring – CRM: 228463
Plantão 19h às 7h	Dr. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Jonas Duque Alvim – CRM: 206734	Dr. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dr. Luan Ribas Miranda – CRM: 259581	Alisson Jonathan dos Santos – CRM: 241396	Dr. Matheus Crívelaro de Almeida – CRM: 215883
Emergencista 19h às 7h	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Gabriel Luiz Freire – CRM: 235874	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572	Josimar de Souza Nascimento – CRM: 245198 (cobertura)	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572

Jhone Michel Curti
Médico
CRM: 221752

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

(11) 4193-1093 - adm@let.med.br





LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de setembro/2024

Horário	segunda-feira, 09/09	terça-feira, 10/09	quarta-feira, 11/09	quinta-feira, 12/09	sexta-feira, 13/09	sábado, 14/09	domingo, 15/09
7h às 19h	Nathália Casagrande Fiorini (cobertura)	Dr. Hélio Francisco de Souza Filho – CRM: 151187	Dra. Larissa Lima da Silva – CRM: 260104	Dra. Joice da Silva Carvalho – CRM: 243656	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dr. Jonas Duque Alvim – CRM: 206734	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305
7h às 19h	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)	Dra. Daniela Teodoro Almeida – CRM: 226466	Dra. Daniela Teodoro Almeida – CRM: 226466	Dr. Kleverton Felix Goulart – CRM: 243798	Dra. Beatriz Feijó Thedin – CRM: 231888	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Aline Gonçalves – CRM: 237758
7h às 19h	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dra. Mariana Gimenez Quintaneiro – CRM: 258964	Dra. Mariana Gimenez Quintaneiro – CRM: 258964	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Daniela Capelette Basile Bonito – CRM: 225725	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dirceu Rosa Camargo – CRM: 94367	Dirceu Rosa Camargo – CRM: 94367
Plantão 19h às 7h	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Dra. Thayla Kerly Carvalho – CRM: 228453	Dr. Gustavo Dutra Marques – CRM: 259484	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352 (cobertura)	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Tiago Rodrigo Gehring de Souza – CRM: 228463
Plantão 19h às 7h	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)	Dr. Jonas Duque Alvim – CRM: 206734	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dr. Josimar de Souza Nascimento – CRM: 245198 (cobertura)	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)	Dr. Matheus Crivelaro de Almeida – CRM: 215883
Emergencista 19h às 7h	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572	Gabriel Luiz Freire – CRM: 235874	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572

Jhone Michel Curti

CRM: 221752

Carimé/SP

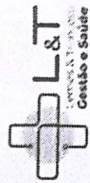
22/09/2024

17:22

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

(11) 4193-1093 - adm@let.med.br





LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de setembro/2024

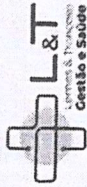
Horário	segunda-feira, 16/09	terça-feira, 17/09	quarta-feira, 18/09	quinta-feira, 19/09	sexta-feira, 20/09	sábado, 21/09	domingo, 22/09
7h às 19h	Dra. Daniella Teodoro Almeida – CRM: 226466 (cobertura)	Dr. Hélio Francisco de Souza Filho – CRM: 151187	Dra. Larissa Lima da Silva – CRM: 260104	Dra. Joice da Silva Carvalho – CRM: 243656	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dra. Evelyn Samila Paula da Silva (cobertura)	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305
7h às 19h	João Fernando Alves Bossolani – CRM: 258332 (cobertura)	Dra. Daniela Teodoro Almeida – CRM: 226466	Dra. Daniela Teodoro Almeida – CRM: 226466	Dr. Klevertton Felix Goulart – CRM: 243798	Dra. Larissa Lima da Silva – CRM: 260104	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Dr. Matheus Crivelaro de Almeida – CRM: 215883
7h às 19h	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dra. Mariana Gimenez Quintaneiro – CRM: 258964	Dra. Mariana Gimenez Quintaneiro – CRM: 258964	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dra. Aline Gonçalves – CRM: 237758 (cobertura)	Dra. Maria Laura Gothardo – CRM: 258387 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dra. Anabel Vizcaino Otero – CRM: 228950	Dr. Francisco Bento de Brito Neto – CRM: 225089 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Dra. Thayla Kerly Carvalho – CRM: 228453	Dr. Gustavo Dutra Marques – CRM: 259484	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352 (cobertura)	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332	Dr. Tiago Rodrigo Gehring de Souza – CRM: 228463
Plantão 19h às 7h	Dra. Larissa Afonso Leal – CRM: 258352	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Jonas Duque Alvim – CRM: 206734	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548	Dr. Luan Ribas Miranda – CRM: 259581	Dra. Evelyn Samila Paula da Silva – CRM: 260898 (cobertura)	Dr. Matheus Crivelaro de Almeida – CRM: 215883
Emergencista 19h às 7h	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Gabriel Luiz Freire – CRM: 235874	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos – CRM: 158305	Dr. Wesley Ferreira da Silva – CRM: 168572

Jhone Michel Curti
Médico
CRM: 221752

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

(11) 4193-1093 - adm@let.med.br





LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de setembro/2024

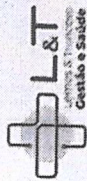
Horário	segunda-feira, 23/09	terça-feira, 24/09	quarta-feira, 25/09	quinta-feira, 26/09	sexta-feira, 27/09	sábado, 28/09	domingo, 29/09
7h às 19h	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352	Dra. Maria Laura Gothardo - CRM: 258387 (cobertura)	Dra. Larissa Lima da Silva - CRM: 260104	Dra. Joice da Silva Carvalho - CRM: 243656	Dra. Franciane de Santana Camargo - CRM: 257548	Dr. Jonas Duque Alvim - CRM: 206734	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos - CRM: 158305
7h às 19h	João Fernando Alves Bossolani - CRM: 258332 (cobertura)	Dra. Daniela Teodoro Almeida - CRM: 226466	Dra. Daniella Teodoro Almeida - CRM: 226466	Dr. Kleverton Felix Goulart - CRM: 243798	Beatriz Feijó Thedin Corrêa - CRM: 231888	Dr. João Fernando Bossolani - CRM: 258332	Evellyn Samila Paula da Silva - CRM: 260898 (cobertura)
7h às 19h	Dra. Franciane de Santana Camargo - CRM: 257548	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352	Dra. Mariana Gimenez Quintaneiro - CRM: 258964	Dra. Mariana Gimenez Quintaneiro - CRM: 258964	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352	Dra. Daniela Capelette Basile Bonito - CRM: 258387 (cobertura)	Dra. Maria Laura Gothardo - CRM: 258387 (cobertura)
Emergência 7h às 19h	Dr. Leandro Figueiredo - CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti - CRM: 221752	Dr. Wesley Ferreira da Silva - CRM: 168572	Dr. Leandro Figueiredo - CRM: 167645	Dr. Jhone Michel Curti - CRM: 221752	Dra. Thayla Kerly Carvalho - CRM: 228453	Dr. Francisco Bento de Brito Neto - CRM: 225089 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Dr. João Fernando Bossolani - CRM: 258332	Dra. Thayla Kerly Carvalho - CRM: 228453	Dr. Gustavo Dutra Marques - CRM: 259484	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352 (cobertura)	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352	Dr. João Fernando Bossolani - CRM: 258332	Thayla Kerly Carvalho - CRM: 228453 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352	Dra. Maria Laura Gothardo - CRM: 258387 (cobertura)	Dr. Jonas Duque Alvim - CRM: 206734	Dra. Franciane de Santana Camargo - CRM: 257548	Dr. Luan Ribas Miranda - CRM: 259581	Dra. Evelyn Samila Paula da Silva - CRM: 260898 (cobertura)	Dra. Maria Laura Gothardo - CRM: 258387 (cobertura)
Emergência 19h às 7h	Dr. Jhone Michel Curti - CRM: 221752	Dr. Jhone Michel Curti - CRM: 221752	Dr. Wesley Ferreira da Silva - CRM: 168572	Dr. Gabriel Luiz Freire - CRM: 235874	Dr. Jhone Michel Curti - CRM: 221752	Dr. Carlos Amaral Fernando Mattos - CRM: 158305	Dr. Wesley Ferreira da Silva - CRM: 168572

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

Jhone Michel Curti
Médico
CRM: 221752

(11) 4193-1093 - adm@let.med.br





LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de setembro/2024

Horário	segunda-feira, 30/09
7h às 19h	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352
7h às 19h	João Fernando Alves Bossolani – CRM: 258332 (cobertura)
7h às 19h	Dra. Franciane de Santana Camargo – CRM: 257548
Emergencista 7h às 19h	Dr. Leandro Figueiredo – CRM: 167645
Plantão 19h às 7h	Dr. João Fernando Bossolani – CRM: 258332
Plantão 19h às 7h	Dra. Larissa Afonso Leal - CRM: 258352
Emergencista 19h às 7h	Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752

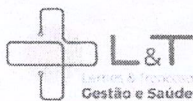

Jhone Michel Curti
Médico
CRM: 221752

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

(11) 4193-1093 - adm@let.med.br



Digitalizado com CamScanner



LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA

TABELA QUANTITATIVA DOS PLANTÕES DE 01/09/2024 A 30/09/2024 DE CLÍNICA MÉDICA / CLÍNICA
MÉDICA EMERGÊNCIA

Barueri, 02 de outubro de 2024

	Diurno				Noturno		
	Porta 1	Porta 2	Porta 3	Emergência	Porta 1	Porta 2	Emergência
Dia 01/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 02/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 03/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 04/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 05/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 06/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 07/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 08/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 09/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 10/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 11/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 12/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 13/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 14/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 15/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 16/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 17/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 18/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 19/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 20/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 21/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 22/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 23/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 24/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 25/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 26/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 27/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 28/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 29/09	1	1	1	1	1	1	1
Dia 30/09	1	1	1	1	1	1	1
Total	30	30	30	30	30	30	30

Total de Plantões	210 plantões
-------------------	--------------

LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA
Leandro Lemes – Diretor

Leandro Lemes
Diretor
Lemes & Troncoso
CNPJ: 31.275.474/0001-70

Av. Sagitário, 138 – Conj. 1313 – Torre City – Alphaville Cond II – Barueri/SP

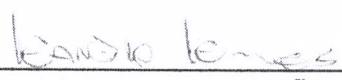
(11) 4193-1093 - adm@let.med.br <http://let.med.br>

TABELA QUANTITATIVA DOS PLANTÕES DE 01/09/2024 A 30/09/2024 DE **PEDIATRIA**

Barueri, 02 de outubro de 2024

	Diurno			Noturno		
	Porta 1	Porta 2	Emergência	Porta 1	Porta 2	Emergência
Dia 01/09	1	1	1	1	1	1
Dia 02/09	1	1	1	1	1	1
Dia 03/09	1	1	1	1	1	1
Dia 04/09	1	1	1	1	1	1
Dia 05/09	1	1	1	1	1	1
Dia 06/09	1	1	1	1	1	1
Dia 07/09	1	1	1	1	1	1
Dia 08/09	1	1	1	1	1	1
Dia 09/09	1	1	1	1	1	1
Dia 10/09	1	1	1	1	1	1
Dia 11/09	1	1	1	1	1	1
Dia 12/09	1	1	1	1	1	1
Dia 13/09	1	1	1	1	1	1
Dia 14/09	1	1	1	1	1	1
Dia 15/09	1	7h	1	1	1	1
Dia 16/09	1	1	1	1	1	1
Dia 17/09	1	1	1	1	1	1
Dia 18/09	1	1	1	1	1	1
Dia 19/09	1	1	1	1	1	1
Dia 20/09	1	1	1	1	1	1
Dia 21/09	1	1	1	1	1	1
Dia 22/09	1	1	1	1	1	1
Dia 23/09	1	1	1	1	1	1
Dia 24/09	1	1	1	1	1	1
Dia 25/09	1	1	1	1	1	1
Dia 26/09	1	1	1	1	1	1
Dia 27/09	1	1	1	1	1	1
Dia 28/09	1	1	1	1	1	1
Dia 29/09	1	1	1	1	1	1
Dia 30/09	1	1	1	1	1	1
Total	30	29 e 7h	30	30	30	30

Total de Plantões	179 plantões e 7 horas
--------------------------	-------------------------------


 LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA
 Leandro Lemes – Diretor

Leandro Lemes
 Diretor
 Lemes & Troncoso
 CNPJ: 31.275.474/0001-70

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 14/11/2024 às 15:42:59

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 2949 / 1292 / 000578925833-2

Dados do Destinatário

Nome: PMP PROD MEDICOS PAULISTA LTDA

Valor: R\$ 28.666,60

Informações do Pagamento

Data da Transação: 28/10/2024

Código da Operação: 281441

Chave de Segurança: N87MER4T4J7UAJLC

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
CNPJ: 54.719.688/0001-93 I.E.: 135.905.047.118
Rua: Madre Francesinha, 38 CEP: 14030-488
Ribeirão Preto - SP

RECIBO FATURA DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS

CONTRATO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTO

Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura Municipal de Louveira

Remetente: PMP Produtos Médicos Paulista Ltda ME

Vencimento: 01/10/2024

Valor Total: R\$ 28.666,60 (Vinte e oito mil, seiscentos e sessenta reais e sessenta centavos)

Deposito Bancário:

Caixa Econômica Federal

AG – conta – 2949/ 003/ 00002914-9

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

Com início no dia 01/09/2024 e término no dia 30/09/2024_ devendo ser pago a em
deposito bancário até o dia 01/10/2024, referente ao mês de setembro.

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

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



PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
CNPJ: 54.719.688/0001-93 I.E.: 135.905.047.118
Rua: Madre Francesinha, 38 CEP: 14030-488
Ribeirão Preto - SP

10	Estetoscópio adulto/ infantil (10 adultos + 3 ped)
----	--

Conforme Contrato de Locação

Ribeirão Preto, 31 de setembro de 2024

PMP PRODUTOS
MEDICOS
PAULISTA
LTDA:
54719688000193

Assinado digitalmente por PMP
PRODUTOS MEDICOS PAULISTA
LTDA:54719688000193
DN:C=BR, O=ICP-Brasil, S=SP,
L=Ribeirao Preto, OU=AC SOLUTI
Multipla v5, OU=14000930000150,
OU=Presencial, OU=Certificado PJ
A1, CN=PMP PRODUTOS MEDICOS
PAULISTA LTDA:54719688000193
Localização:Ribeirão Preto - SP
Data:2024-09-30 16:09:39

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 14/11/2024 às 15:26:30

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/7165/00000002236-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: EDNALDO NOGUEIRA SANTANA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 09.273.946/0001-04

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 42.801,29

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 28/10/2024

Data da Operação: 28/10/2024

Código da Operação: 12583851

Chave de Segurança: 11V5SAS6YSYXEF75

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 - NFSe		Número da Nota	
			00000976	
			Data e Hora de Emissão 01/10/2024 13:42:59	
		Código de Verificação 88f8b22f		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
	Nome/Razão Social: EDNALDO NOGUEIRA SANTANA			
	CPF/CNPJ: 09.273.946/0001-04		Inscrição Municipal: 00131553-6	
	Endereço: RUA GERALDO PAULINO, Nº000009 - BAIRRO SAO BERNARDO - CEP:13030-630			
	Município: CAMPINAS		UF: SP Telefone: (19) 33677015	
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal: 00000000-0		
Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, Nº50 - BAIRRO WILLIAMS - CEP:17402-064				
Município: GARÇA		UF: SP		E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR Telefone: (16) 33748438
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Descrição: CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA ADITIVO INVESTIMENTO SETEMBRO/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 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 - Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços moveis de atendimento a urgências.			
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: 10/2024		Local da Prestação do Serviço: LOUVEIRA/SP		
Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR		Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. - ISSQN devido a Campinas		
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.				

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6845/00000031205-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: PROSPERER LTDA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 10.899.196/0001-51

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 1.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 96613066

Chave de Segurança: HK7XV7ZY3CTMH8YJ

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

05/30

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

15904542HG



Nº Nota

104

Série 2

Nº RPS:

-

Data de Emissão

01/OUT/2024 - 11:15:39

Competência

10/2024

Razão Social/Nome: **PROSPERER LTDA**

Nome Fantasia:

CNPJ/CPF: **10.899.196/0001-51**Endereço: **RUA CAMPOS SALLES, 107**Complemento **LOC.. 047 Q.. 00L L.. 006**Município: **São Carlos**E-mail: **ADALBERTO@PROSPERER.COM.BR**Insc. Municipal: **55325**

Insc. Estadual:

Bairro: **VILA MONTEIRO**UF: **SP**CEP: **13.560-296**País: **BRASIL**

Telefone:

PRESTADOR DE SERVIÇOS**TOMADOR DE SERVIÇOS**Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CNPJ/CPF: **45.349.461/0001-02**Endereço: **JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303**Complemento: **SALA 03**Município: **LINS**E-mail: **CONTABILIDADE2@AHBB.ORG.BR**

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Bairro: **JARDIM ARIANO**UF: **SP**CEP: **16.400-400**País: **BRASIL**Telefone: **14 35325198****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviço de auditoria externa.

Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dados bancários:

Banco do Brasil

Agencia 6845-4

Conta 31205-3

Chave Pix: 10.899.196/0001-51

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.000,00Local de Prestação: **SÃO CARLOS - SP**Local de Incidência : **SÃO CARLOS**

Cod. CNAE: 8211300 - Ativ. Serviço: 17.12 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$)	Valor do COFINS Retido (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vlr Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)
0,00	0,00	1.000,00	2,00	20,00
				Valor Líquido da Nota (R\$)
				1.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/RECEBEMOS
DO(A) PROSPERER LTDAOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:

15904542HG

Número da Nota:

104

Local

Data

Assinatura

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0032/00000026224-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 25.134.494/0001-28

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 9.000,42

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97129076

Chave de Segurança: JKWQZRNRTFML2NPC

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 1055/24	
			Emissão	03/10/2024
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		Forma de Pagamento:	Vencimento	
HIGIENIZAÇÃO DE		Todo dia 10 após	10/10/2024	
ENXOVAL		emissão da fatura		
Prestação de serviços de lavanderia a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, referente ao período 01/09/2024 a 30/10/2024 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 21457/2024 - VIA WEB

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

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

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

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

Atividade : LAVANDERIAS

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

TERÇA-FEIRA, 24 DE SETEMBRO DE 2024

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

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



PROCURADORIA GERAL DO ESTADO

Procuradoria da Dívida Ativa

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

CNPJ Base: 25.134.494

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

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

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



Certidão nº 61031208

Data e hora da emissão 03/10/2024 10:20:54

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)



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: 16/09/2024 a 15/10/2024

Certificação Número: 2024091619534014251665

Informação obtida em 24/09/2024 10:42:13

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



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

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

01/set	02/set	03/set	04/set	05/set	06/set	07/set	08/set	09/set	10/set	11/set	12/set	13/set	14/set	15/set		T.KG	Preço kg	R\$ 7,80	vl total
	88		84		90			102		82		81				527			R\$ 4.110,60
16/set	17/set	18/set	19/set	20/set	21/set	22/set	23/set	24/set	25/set	26/set	27/set	28/set	29/set	30/set			Preço kg	R\$ 7,80	vl total
79		77		84			98		79		112			97,9		626,9			R\$ 4.889,82
																			R\$ 9.000,42

TDR CONSERVACAO
E MANUTENCAO
LTDA:25134494000
128

Assinado de forma digital
por TDR CONSERVACAO
E MANUTENCAO
LTDA:25134494000128
Dados: 2024.10.03
12:14:14 -03'00'

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 14/11/2024 às 15:22:14

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00028723766-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ELAINE R D OLIVEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

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: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97172514

Chave de Segurança: 8HFX3GXL5FSVPR9G

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

3030



Prefeitura do Município de Osasco

Secretaria de Finanças



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Prestados - NF-e

Série: E

Nota No.: 48

Emissão: 30/09/2024

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		Aliq. (%):	Valor ISS	Ref.:
49.500,00		49.500,00		*3,27	*1.618,65	09/2024

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

IR (R\$):

Cofins (R\$):

CSLL (R\$):

INSS (R\$): 5.445,00

Pis/Pasep (R\$):

Outros (R\$):

(A)

Valor Total da Nota

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: MTKFIFKS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Nota fiscal emitida em 30/09/2024 às 08:43

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: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 403/0001/00005057950-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 53.710.601/0001-54

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 2.800,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97250450

Chave de Segurança: 0AQRYWC9HUWVFMZX

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

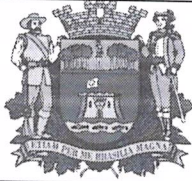
Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

30/30

		MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ UNIDADE DE GESTÃO DE GOVERNO E FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 4					
Data e Hora da Emissão		30/09/2024 14:32:57		Competência		09/2024		Código de Verificação		K5CNBHNET	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		LOUVEIRA - SP	
Prestador de Serviço											
Razão Social/Nome		FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		53.710.601/0001-54		Inscrição Municipal		171501		Município		JUNDIAI - SP	
Endereço e CEP		EMÍLIO ATIQUE - 263, JARDIM PAULISTA I, CEP: 13208320									
Complemento				Telefone		(11)97688-8460		e-mail		fernandacd03@hotmail.com	
Tomador de Serviço											
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		GARÇA - SP	
Endereço e CEP		RUA Doutor Orlando Thiago Santos - 50, Williams, CEP: 17402064									
Complemento				Telefone				e-mail			
Discriminação do Serviço											
Prestação de serviço odontológico Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio Plantões 03/09/24 Diurno 10/09/24 Diurno 17/09/24 Diurno 24/09/24 Diurno Valor total R\$ 2.800,00 Dados bancários para pagamento: Agência: 0001 Conta: 5057950-1 Instituição: 403 - Cora SCD Nome da Empresa: 53.710.601 FERNANDA CARVALHO CNPJ: 53710601000154											
Código do Serviço / Atividade											
4.12.00 / 21 - CLINICA ODONTOLOGICA											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS (R\$)		0,00		COFINS (R\$)		0,00		IR (R\$)		0,00	
								INSS (R\$)		0,00	
										CSLL (R\$)	
										0,00	
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço				Outras Informações				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor do Serviço R\$		2.800,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		2.800,00			
(-) Desconto Incondicionado		0,00		1-Exigível		(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00			
(-) Desconto Condicionado		0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00			
(-) Retenções Federais		0,00				Base de Cálculo		2.800,00			
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,01			
(-) ISSQN Retido		0,00		1 - Sim		ISSQN a Reter		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		2.800,00		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$		0,00			
Avisos											
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://jundiai.giss.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.											

ESCALA DENTISTAS SETEMBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (F/C)	01N, 04D, 04N, 08N, 11D, 11N, 15N, 18D, 18N, 22N, 25D, 25N, 29N		
Fernando Coelho (Bructors)	05D, 06N, 12D, 13N, 19D, 20N, 26D, 27N	13	R\$ 9.100,00
Bruno Coelho (Bructors)	02N, 05N, 09N, 12N, 16N, 19N, 23N, 26N, 30N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	02D, 06D, 09D, 13D, 16D, 20D, 23D, 27D, 30D	9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	03N, 07D, 10N, 14D, 17N, 21D, 24N, 28D, 29D	9	R\$ 6.300,00
Larissa Galvão	01D, 07N, 08D, 14N, 15D, 21N, 22D, 28N	9	R\$ 6.300,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	8	R\$ 5.600,00
Fernanda Carvalho	03D, 10D, 17D, 24D	0	R\$ 7.500,00
		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL	60	R\$ 49.500,00

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00288015787-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.307.736/0001-61

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 5.600,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97287862

Chave de Segurança: AYLXNRKLZVUUTG48

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

 20241001u16642828828	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Número da Nota 00000006	
			Data e Hora de Emissão 01/10/2024 13:22:51	
			Código de Verificação 7VAV-4RSZ	
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 56.307.736/0001-61 Inscrição Municipal: 1.453.973-0 Nome/Razão Social: LARISSA GALVAO ODONTOLOGIA LTDA Endereço: R BALTAZAR LISBOA 170, APT 64 - VILA MARIANA - CEP: 04110-900 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ---- Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064 Município: Garça UF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Serviço odontológico - Contrato de Gestão 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio Plantões realizados Diurno: 01/09 08/09 15/09 22/09 Noturno: 07/09 14/09 21/09 28/09 Dados Bancários Banco 260 NU Pagamentos S.A Agência 0001 Conta corrente 288015787-1				
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 SETEMBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (F/C)	01N, 04D, 04N, 08N, 11D, 11N, 15N, 18D, 18N, 22N, 25D, 25N, 29N		
Fernando Coelho (Bructors)	05D, 06N, 12D, 13N, 19D, 20N, 26D, 27N	13	R\$ 9.100,00
Bruno Coelho (Bructors)	02N, 05N, 09N, 12N, 16N, 19N, 23N, 26N, 30N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	02D, 06D, 09D, 13D, 16D, 20D, 23D, 27D, 30D	9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	03N, 07D, 10N, 14D, 17N, 21D, 24N, 28D, 29D	9	R\$ 6.300,00
Larissa Galvão	01D, 07N, 08D, 14N, 15D, 21N, 22D, 28N	9	R\$ 6.300,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	8	R\$ 5.600,00
Fernanda Carvalho	03D, 10D, 17D, 24D	0	R\$ 7.500,00
		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL	60	R\$ 49.500,00

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:13:15

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00145551197-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DANTE LUCCHESI

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.389.980/0001-10

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 6.300,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19559907

Chave de Segurança: VAC0SXP93UK5K5LW

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

30/30



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e
Serviço prestado em 30/09/2024

Número da Nota
00000004

Data e Hora de Emissão
30/09/2024 14:11:48

Código de Verificação
M6CE-5BYR

20240930u56389980000110

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 - Hospital Santo Antônio
Plantão 02/09/2024 Diurno, Plantão 06/09/2024 Diurno, Plantão 09/09/2024 Diurno, Plantão
13/09/2024 Diurno, Plantão 19/09/2024 Diurno, Plantão 20/09/2024 Diurno, Plantão 23/09/2024
Diurno, Plantão 27/09/2024 Diurno, Plantão 30/09/2024 Diurno Totalizando R\$ 6.300,00 Dados Para
Depósito Banco 0260 Nu Pagamentos S.A Agencia 001 Conta Corrente 14555119-7 CNPJ
56.389.980/0001-10

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 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\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional; (3) Esta NFS-e substitui a NFS-e nº 3;

<https://nfe.prefeitura.sp.gov.br/contribuinte/notaprint.aspx?nf=4&inscricao=14621827&email=1&returnurl=substituicao1.aspx>

1/1

ESCALA DENTISTAS SETEMBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (F/C)	01N, 04D, 04N, 08N, 11D, 11N, 15N, 18D, 18N, 22N, 25D, 25N, 29N		
Fernando Coelho (Bructors)	05D, 06N, 12D, 13N, 19D, 20N, 26D, 27N	13	R\$ 9.100,00
Bruno Coelho (Bructors)	02N, 05N, 09N, 12N, 16N, 19N, 23N, 26N, 30N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	02D, 06D, 09D, 13D, 16D, 20D, 23D, 27D, 30D	9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	03N, 07D, 10N, 14D, 17N, 21D, 24N, 28D, 29D	9	R\$ 6.300,00
Larissa Galvão	01D, 07N, 08D, 14N, 15D, 21N, 22D, 28N	9	R\$ 6.300,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	8	R\$ 5.600,00
Fernanda Carvalho	03D, 10D, 17D, 24D	0	R\$ 7.500,00
		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL	60	R\$ 49.500,00

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 336/0001/00033951389-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: FC SERVICOS ODONTOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.177.982/0001-46

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 9.100,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97407514

Chave de Segurança: LARWH8AUTWKCTCWG

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

30/10

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20240930u56177982000146	Número da Nota 00000004			
	Data e Hora de Emissão 30/09/2024 14:07:49			
	Código de Verificação 9UJC-NGBR			
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 Hospital Santo Antônio Plantão 01/09/2024 Noturno, Plantão 04/09/2024 Diurno, Plantão 04/09/2024 Noturno, Plantão 08/09/2024 Noturno, Plantão 11/09/2024 Diurno, Plantão 11/09/2024 Noturno, Plantão 15/09/2024 Noturno, Plantão 18/09/2024 Diurno, Plantão 18/09/2024 Noturno, Plantão 22/09/2024 Noturno, Plantão 25/09/2024 Diurno, Plantão 25/09/2024 Noturno, Plantão 29/09/2024 Noturno, Totalizando o Valor de R\$ 9.100,00 Dados Para Depósito Banco 336 Banco C6 Banco S.A Agencia 001 Conta Corrente 33951389-6 CNPJ 56.177.982/0001-46 Chave PIX 56.177.982/0001-46				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 9.100,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04693 - Odontologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte		
-	-	-		
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

ESCALA DENTISTAS SETEMBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (F/C)	01N, 04D, 04N, 08N, 11D, 11N, 15N, 18D, 18N, 22N, 25D, 25N, 29N		
Fernando Coelho (Bructors)	05D, 06N, 12D, 13N, 19D, 20N, 26D, 27N	13	R\$ 9.100,00
Bruno Coelho (Bructors)	02N, 05N, 09N, 12N, 16N, 19N, 23N, 26N, 30N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	02D, 06D, 09D, 13D, 16D, 20D, 23D, 27D, 30D	9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	03N, 07D, 10N, 14D, 17N, 21D, 24N, 28D, 29D	9	R\$ 6.300,00
Larissa Galvão	01D, 07N, 08D, 14N, 15D, 21N, 22D, 28N	9	R\$ 6.300,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	8	R\$ 5.600,00
Fernanda Carvalho	03D, 10D, 17D, 24D	0	R\$ 7.500,00
		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL	60	R\$ 49.500,00

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00345294111-6

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: JULIANA MENDONCA BEZERRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 57.034.020/0001-09

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 7.500,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97517039

Chave de Segurança: 9UHWQ95JU4X5TGH7

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

00000002

Data e Hora de Emissão

30/09/2024 16:27:16

Código de Verificação

GELB-XX45

20241001u57034020000109

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 57.034.020/0001-09

Inscrição Municipal: 1.475.564-5

Nome/Razão Social: JULIANA MENDONCA BEZERRA ODONTOLOGIA LTDA

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

Município: São Paulo

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal: ----

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

Município: Garça

UF: SP

E-mail: controladoria@ahbb.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Contrato De Gestão 001/2024 órgão Prefeitura Municipal de Louveira- Hospital Santo Antônio

RT e Coordenadora Odontologia Mês de Setembro R\$ 7500,00

Dados Bancário: Banco 260 Agencia:0001 CC 345294111-6 CNPJ 57034020/0001-09

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 7.500,00

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

Código do Serviço

04693 - Odontologia.

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 077/0001/00038202316-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: BRUCTOR PARTNERS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 06.995.838/0001-49

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 11.168,15

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97566268

Chave de Segurança: 1C2SV3CHG8SN132P

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

5

Data da emissão da nota

01/10/2024 14:21:12

Data do fato gerador

01/10/2024 14:21:12

Código de verificação

FVNGSYQJN

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

Celular: (11) 99503-0393

Município: Santa Rosa de Viterbo

UF: SP

E-mail: fernandodosscoelho@hotmail.com

Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição municipal:

Inscrição estadual:

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

Complemento:

Município: Garça

UF: SP

E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Telefone: (16) 3374-8438

Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo (%)	ISS
SERVIÇO ODONTOLÓGICO - CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA. PLANTÕES REALIZADOS:	11.900,0000	1,0000	11.900,0000	11.900,00x3,00 =	357,00

Fernando:

05/09/24 Diurno, 12/09/24 Diurno, 19/09/24 Diurno, 26/09/24

Diurno

06/09/24 Noturno, 09/09/24 Noturno, 13/09/24 Noturno, 20/09/24

Noturno e 27/09/24 Noturno

Bruno Coelho : 02/09/24 Noturno.05/09/24 Noturno, 12/09/24

Noturno, 16/09/24 Noturno,

19/09/24 Noturno, 23/09/24 Noturno, 26/09/24 Noturno e 30/09/24

Noturno

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	11.168,15								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R\$ 77,35	R\$ 357,00	R\$ 0,00	R\$ 178,50	R\$ 119,00	R\$ 0,00
Valor bruto = R\$ 11.900,00		Valor líquido = R\$ 11.168,15			

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	11.900,00	357,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

Departamento de Finanças

Rua 7 de Setembro, 398 - Centro

Número do RPS

Número da nota

5

Data da emissão da nota

01/10/2024 14:21:12

Data do fato gerador

01/10/2024 14:21:12

Código de verificação

FVNGSYQJN

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

Celular: (11) 99503-0393

Município: Santa Rosa de Viterbo

UF: SP

E-mail: fernandodosscoelho@hotmail.com

Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição municipal:

Inscrição estadual:

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

Complemento:

Município: Garça

UF: SP

E-mail: CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

Telefone: (16) 3374-8438

Celular:

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação no município

Situação tributária do ISSQN: Normal

Local da prestação do serviço: Santa Rosa de Viterbo

Valor aproximado do tributo federal - R\$ 1.600,55 (13,45%), estadual - R\$ 0,00 (0,00%), municipal - R\$ 253,47 (2,13%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT



Verificar autenticidade

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DAYCOVAL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 70792.98720 00197.700000 01112.191354 0 00258037375

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

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

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC H BENEF DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 17/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 19770

Valor Calculado (R\$): 20251.07

Juros (R\$): 85.67

Valor Pago (R\$): 20251.07

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 395.4

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37636847262

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

**RECIBO DE LOCAÇÃO 35533**

Pag.: 1 of 2

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

RECIBO DE LOCAÇÃO

RAZAO SOCIAL / NOME
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/10/2024

ENDERECO
RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50,

BAIRRO
WILLIAMS

CEP
17402-064

MUNICIPIO
GARÇA

FONE/FAX
(16)3374-8438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG
ISENTO

NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
0035533/01	17/10/2024	19.770,00						

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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX, MOD. ANALOGICO HORIZONTAL 21L -220V	1.000,00	1.000,00
--	0	C-14357 PAT.:AUT09PR PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000S	240,00	240,00
--	0	C-14360 PAT.:CDE17PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T	240,00	240,00
--	0	C-14360 PAT.:CDE35PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARRO DE EMERGÊNCIA MARCA ECAFIX MOD. CP1000T	240,00	240,00
--	0	C-14360 PAT.:CDE36PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	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\$ 3.647,59 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 17/10/2024 - VALOR R\$: 19.770,00

VALOR TOTAL: 19.770,00

Nº
35533

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 35533

Pag.: 2 of 2

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

RAZAO SOCIAL / NOME
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/10/2024

ENDERECO
RUA DR ORLANDO T SANTOS Nº 50,

BAIRRO
WILLIAMS

CEP
17402-064

MUNICIPIO
GARÇA

FONE/FAX
(16)3374-8438

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG
ISENTO

NUMERO
0035533/01

VENCTO
17/10/2024

VALOR
19.770,00

NUMERO

VENCTO

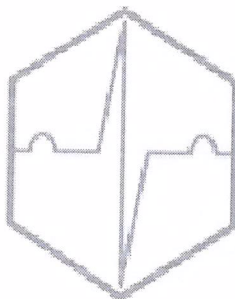
VALOR

NUMERO

VENCTO

VALOR

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
--	0	C-14360 PAT.:RESP846PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	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 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00



OXYMED

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\$ 3.647,59 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 17/10/2024 - VALOR R\$: 19.770,00

VALOR TOTAL: 19.770,00**Nº****35533**

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 02580.373757 2 98720001977000

Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A		Agência/Código Beneficiário 0001/009616977	Espécie REAIS	Quantidade	Nosso número 0001/112/0025803737-5
Número do documento 0035533/01		CPF/CNPJ 57.417.537/0001-79	Vencimento 17/10/2024	Valor documento R\$ 19.770,00	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	
Instruções Mora de 6,59 ao dia, a partir de 18/10/2024					
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 02580.373757 2 98720001977000

Beneficiário OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A					Vencimento 17/10/2024	
Endereço do Beneficiário RUA GUSTAVO DA SILVEIRA 1357 VILA SANTA CATARINA - SAO PAULO/SP 04376-006					Agência/Código Beneficiário 0001/009616977	
Data do documento 02/10/2024	Nº documento 0035533/01	Espécie doc. OU	Aceite N	Data processamento 03/10/2024	Nosso número 0001/112/0025803737-5	
Uso do banco 1913540	CIP 112	Carteira 112	Espécie REAIS	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento R\$ 19.770,00
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) Mora de 6,59 ao dia, a partir de 18/10/2024					(-) 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

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 75698.98410 00028.155013 18301.021889 8 00048991001

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: DESTRA APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH **CPF/CNPJ:** 11.814.918/0001-90

Nome/Razão Social: DESTRA APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 16/09/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2815.5

Valor Calculado (R\$): 2815.5

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 2815.5

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37636868122

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
4435

Data de Emissão
09/09/2024

Data e Hora da
Competência
09/09/2024 às 15:08:06

Código de Verificação
2740-0238-8150

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.814.918/0001-90
Nome DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME
Logradouro RUA-ALTINO VAZ DE MELLO
Bairro CENTRO
Município PENÁPOLIS

Cód. Mobiliário 76568

Insc. Mun. 2.299.2065

RG/IE 521.154.679.119

Número 221

CEP 16300-035

UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

Inscrição Mun.

Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail contabilidade@ahbb.org.br;

Inf. Comp.

Logradouro DR ORLANDO T SANTOS

Bairro WILLIAMS

Município GARÇA

Complemento HOSPITAL

RG/IE

Cód. Mobiliário 0

Telefone

Número 50

CEP 17402-064

UF SP

País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3.000,0000	1,00	0,00	3.000,00

Valor Total dos Serviços - **R\$3.000,00**

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref. Convênio 0001/2024

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
19,50	90,00		45,00	30,00		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.000,00

Item da Lista

04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal

Normal

Aliquota (%)

3,0000

Base de Cálculo (R\$)

3.000,00

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Vlr. Total das Deduções (R\$)

0,00

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Vlr. Total Retido (R\$)

184,50

Vlr. do ISS (R\$)

90,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.815,50

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica nº 4435 emitida em 09/09/2024 às 15:08:06 - Cód Verif 2740-0238-8150

Condições de Pagamento: Vencimento: 09/09/2024 Valor Total R\$ 3.000,00 Valor Líquido R\$ 2.815,50

Ass: _____ em ____/____/____.

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

756-0

Comprovante de Entrega

Beneficiário DESTRA - APOIO E PREV. EM SEGURANCA DO TRABALHO LTDA - ME		Agência / Código Beneficiário 3183-0/218898		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB LOUVEIRA		Nosso Número 0004899-1		() Mudou-se () Ausente () Não existe No	
Vencimento 16/09/2024	Número do Documento 4426	Espécie R\$	Valor do Documento 2.815,50	() Recusado () Não procurado () Endereço insuficiente	
				() Desconhecido () Falecido () Outros (anotar no verso)	
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Data do processamento 09/09/2024

Recibo do Pagador

756-0

Beneficiário DESTRA - APOIO E PREV. EM SEGURANCA DO		CNPJ / CPF 11.814.918/0001-90		Sacado / Avalista		Vencimento 16/09/2024
Endereço Beneficiário ALTINO VAZ DE MELLO, 221, 221 - CENTRO - PENAPOLIS1/SP 16300-03						
Nosso Número 0004899-1	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	Agência / Código do Beneficiário 3183/218898	
Data do Documento 09/09/2024	Número do Documento 4426	Espécie Documento DSI	Aceite Não	Data do Processamento 09/09/2024	(=) Valor do Documento 2.815,50	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Desconto / Abatimento	
					(+) Juros / Multa	
					(=) Valor Cobrado	

Pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB LOUVEIRA	CPF / CNPJ:	45349461000102
Endereço:	RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS 17402064 - GARCA / SP		
Sacador/Avalista:	CPF / CNPJ:		
		Código de Baixa	

Recebemos através do cheque número do banco Autenticação Mecânica

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.



756-0

75691.31837 01021.889801 00489.910018 8 98410000281550

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento 16/09/2024
Beneficiário DESTRA - APOIO E PREV. EM SEGURANCA DO TRABALHO LTDA - ME ALTINO VAZ DE MELLO, 221, 221 - CENTRO - PENAPOLIS1/SP 16300-03					Agência / Código Beneficiário 3183/218898
Data do Documento 09/09/2024	Número do Documento 4426	Espécie Doc. DSI	Aceite N	Data do Processamento 09/09/2024	Nosso Número 0004899-1
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 2.815,50
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Desconto / Abatimento
					(+) Juros / Multa
					(=) Valor Cobrado

Pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB LOUVEIRA	CPF / CNPJ:	45349461000102
Endereço:	RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 WILLIAMS 17402064 - GARCA / SP		
Sacador/Avalista:	CPF / CNPJ:		
		Código de Baixa	



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03397.98750 00042.900094 74841.700000 0 00344010101

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: LOCAMA LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA E **CPF/CNPJ:** 37.641.093/0001-43

Nome/Razão Social: LOCAMA LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA E

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 20/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 4290

Valor Calculado (R\$): 4375.8

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 4375.8

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 85.8

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37636908615

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

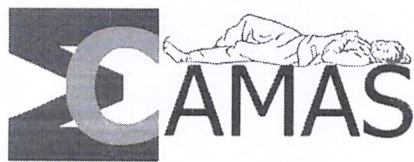
Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



MCAMAS LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA

CNPJ: 37.641.093/0001-43 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 6.629.078-3

Rua Prado, 134 - Galpao A - VILA GUARANI, SAO PAULO, SP, CEP.:04312-040

FATURA DE LOCAÇÃO

Nº 5599

NAT. DA OPERAÇÃO: LOCAÇÃO

DATA DA EMISSÃO: 30/09/2024

CONTRATO: 2108

DESTINATÁRIO

CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50, WILLIAMS

UF: SP

MUNICÍPIO: GARÇA

CEP: 17402-064

CNPJ: 45.349.461/0001-02

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

VENCIMENTO: 20/10/2024

"OS DESCONTOS CONCEDIDOS SÓ SERÃO VÁLIDOS PARA PAGAMENTO DENTRO DO PRAZO DO VENCIMENTO DO BOLETO, COM TOLERÂNCIA MÁXIMA DE 10 DIAS. CASO HAJA ATRASO SUPERIOR A ESTE PRAZO, SERÁ FATURADA A DIFERENÇA DOS VALORES"

DESCRIÇÃO

QTDE

VALOR UNITÁRIO

CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH

1082-L TL 2122

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1082-L PAT1082-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXOS MEDI SAUDE

1194-L TL 2112

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 17033-7136 PAT1194-L

1

R\$ 390,00

CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH

1326-L TL 2113

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 00149920230807004136-00100001 PAT1326-L

1

R\$ 390,00

CAMA SUPER LUXO 1499 NBTECH

1327-L TL 2114

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 00149920230807004145-00100001 PAT1327-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1371-L TL 2109

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1371-L PAT1371-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1374-L TL 2110

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1374-L PAT1374-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1382-L TL 2111

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1382-L PAT1382-L

1

R\$ 390,00

CAMA LUXO HEALTHCARE

1384-L TL 2115

NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024

VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1384-L PAT1384-L

1

R\$ 390,00

DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
CAMA LUXO HEALTHCARE 1385-L TL 2116 NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1385-L PAT1385-L	1	R\$ 390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE 1386-L TL 2117 NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1386-L PAT1386-L	1	R\$ 390,00
CAMA LUXO HEALTHCARE 1448-L TL 2108 NO PERÍODO DE 26/09/2024 - 25/10/2024 VALOR UNITÁRIO MENSAL (30) DIAS SEM DESCONTO: 630.00 NS: 1448-L PAT1448-L	1	R\$ 390,00
OBSERVAÇÕES: • PLANO MENSAL – O PERÍODO DE LOCAÇÃO É RENOVADO AUTOMATICAMENTE. CASO NÃO SEJA NOTIFICADA A EMPRESA LOCADORA POR E-MAIL, COM 01 (UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA AO TÉRMINO DO PERÍODO, OCORRERÁ RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA PARA NOVO PERÍODO. NÃO SERÁ DESCONTADO OS VALORES DO EQUIPAMENTO CASO SEJA DEVOLVIDO ANTES DO TÉRMINO DO PERÍODO VIGENTE". • CONTRATO DE GESTAO 001/2024 ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.		
EMPRESA OPTANTE PELOS SIMPLES NOS TERMOS DA LEI Nº 9.317/96		
ESTE DOCUMENTO NÃO VALE COMO RECIBO	VALOR TOTAL DA NOTA	R\$ 4.290,00

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

Recibo do Pagador

 Santander		033-7	03399.47483 41700.000007 03440.101016 7 98750000429000		
Beneficiário MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA - 37.641.093/0001-43 Rua Prado		Agência/Código Beneficiário 0648/13004367-4	Espécie DM	Quantidade	Nosso número 034401
Número do documento 5599-1		CPF/CNPJ 37.641.093/0001-43	Vencimento 20/10/2024		Valor documento R\$ 4290.00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa R\$	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado R\$ 4290.00	
Pagador HOSPITAL SANTO ANT尼奥 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS 17402-064 WILLIAMS GARCA SP					
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.					Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

 Santander		033-7	03399.47483 41700.000007 03440.101016 7 98750000429000		
Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO			Vencimento 20/10/2024		
Beneficiário MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA - 37.641.093/0001-43 Rua Prado			Agência/Código do Beneficiário 0648/13004367-4		
Data do documento 30/09/2024	Nº documento 5599-1	Espécie doc. DM	Aceite	Data Proc. 08/10/2024	Nosso número 034401
Uso do banco	Carteira 101	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do documento R\$ 4290.00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.				(-) Desconto / Abatimentos	
				(-) Outras deduções	
				(+) Mora / Multa	
				(+) Outros acréscimos	
				(=) Valor cobrado R\$ 4290.00	
Pagador HOSPITAL SANTO ANT尼奥 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Sacador/Avalista: MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA					
					Cód. baixa

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



2ª Via - Comprovante de pagamento de concessionária
Via Internet Banking CAIXA

Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL			
Conta de débito:	03104 1292 000578032686-6			
Representação numérica do código de barras:	846200000129	500205040008	050382717705	475008573002
Empresa:	VOGEL SOL. TEL. INF. S.A			
Valor:	1.250,02			
Data de débito:	30/10/2024			
Data/hora da operação:	30/10/2024			
Código da operação:	01820284			
Chave de segurança:	ZEXVYWEWHX4HH2XE			

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

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

VOGEL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LUIS M CRUZ O R
CJ JARDIM LAGO AZUL
13290-000 LOUVEIRA SP

PAGUE COM PIX

Nº da fatura

475008573

Valor total da conta

R\$ 1.250,02

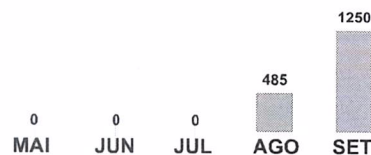
Data de vencimento

21 / out / 2024**FALE COM A ALGAR TELECOM**

www.algartelem.com.br
[@algartelem](https://www.facebook.com/algartelem)
[facebook.com/algartelem](https://www.facebook.com/algartelem)
Ou ligue 103 12

HISTÓRICO VALOR DA CONTA

(R\$)

**EMIÇÃO DESTA CONTA: 03/10/2024****CONTA SIMPLIFICADA****INTERNET**

SEU NÚMERO	VALOR (R\$)	PLANO
09556437	89,00	GERENCIAMENTO DE REDE
09556438	1.161,02	INTERNET LINK

TOTAL R\$ 1.250,02

Para ter acesso a sua Nota Fiscal de Serviços Eletrônica, consulte o site e informe o número do RPS. O(s) número(s) do(s) RPS é(são) 547952.

Sua fatura dos serviços de telefone fixo, banda larga e celular está atualizada com reajuste anual de preço, de acordo com os índices estabelecidos conforme resolução 632/2014.

**UTILIZE ESTA VIA PARA PAGAMENTO**

Você pode migrar para um plano que não possui livros digitais, sem a cobrança de multa. Fale com a gente pelo nosso canal de atendimento 10312.

Nome do Cliente: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Nº da Fatura	Banco / Agência	Identificação	Data de Vencimento	Valor Total da Conta
475008573		000503827177	21/10/2024	1.250,02

84620000012-9 50020504000-8 05038271770-5 47500857300-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DETALHAMENTO DE CONTA VOGEL SOL. EM TEL.

INTERNET : 09556437

VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

SERVIÇOS

PERIODO	DESCRIÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.09.2024 02.10.2024	ASSINATURA PLANO BASICO GERENCIAMENTO DE REDE		89,00	2
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 89,00	

TOTAL SERVICOS: 09556437

R\$ 89,00

INTERNET : 09556438

VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

SERVIÇOS

PERIODO	DESCRIÇÃO	DESCONTO	VALOR (R\$)	ALIQ%
03.09.2024 02.10.2024	ACESSO INTERNET LINK 200 Mbps		81,28	18
03.09.2024 02.10.2024	LOCACAO ROTEADOR		348,30	0
03.09.2024 02.10.2024	PORTA INTERNET LINK 200 Mbps		731,44	18
SUB-TOTAL FATURA SERVIÇOS			R\$ 1.161,02	

TOTAL SERVICOS: 09556438

R\$ 1.161,02

SUB-TOTAL FATURA

R\$ 1.250,02

TOTAL DA FATURA VOGEL SOL. EM TEL.

R\$ 1.250,02

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LUIS M CRUZ O R CJ Servico: DIVERSOS

JARDIM LAGO AZUL 13290-000 LOUVEIRA SP

Emissão: 03 de Outubro de 2024

Código do cliente: 000503827177

Fatura: 475008573

NOTA FISCAL

SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Nat. Operação: PREST. SERV. COMUNIC. PARA ESTABELECIMENTO COMERCIAL

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

Inscrição Estadual:

CFOP: 5303

VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

NOTA FISCAL FATURA Nº 000362493 SERIE 001 SUBSERIE - SP

Av Professor Vicente Rao, 1262 - Jardim Petropolis - SAO PAULO - SP / CEP : 04.636-001

CNPJ 05.872.814/0001-30 - Insc. Est. 116696678110 - Inscr. Munic. 3.261.014-9

RESERVADO AO FISCO

f957.f19a.ef6c.0d5a.8b1d.d9d4.a097.2029

Assinatura de Servicos de Comunicacao de Dados

812,72

TOTAL VOGEL SOL. EM TEL. E INF. S.A.

812,72

TOTAL SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

812,72

Base de Cálculo (R\$) 812,72 Valor ICMS (R\$) 146,29

Contribuições para o FUST(1%) e FUNTTEL (0,5%) do valor dos serviços, não repassadas as tarifas. Cada operadora é responsável pelo recolhimento referente a seus serviços.

Documento fiscal autorizado por Regime Especial SEFAZ SP - Processo UA 13001-816642/2008, com anuência SEFAZ MG RE/PTA nº 16.000451815-74.

OUTROS VALORES

SERVICOS FACILIDADES

OUTROS SERVICOS

SUB-TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA VOGEL SOL. EM TEL.

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA
R\$ 1.250,02

Está precisando da segunda via da sua conta? Então anota aí essa dica: no APP ou no site, você acessa quando quiser e sem custos. Bem simples. Do jeito que você precisa. Lembrando que o envio da Segunda via pelo correio e loja é cobrado o valor de R\$ 3,59.

Central de atendimento da Anatel: 1331. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva: 1332. Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na operadora.

Atualização de Cadastro: confira suas informações cadastrais na nota fiscal e se necessitar atualizá-las, acesse o Portal Algar Telecom (algartelecom.com.br) ou ligue 103 12 e fale "Outros Serviços".

Sua fatura poderá ser paga através de PIX ou pela rede de bancos credenciados, casas lotéricas, agências de correios e agentes autorizados. Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% , juros de 1% pro rata dia e correção monetária IPCA pro rata dia por atraso. Caso o pagamento não seja efetuado, após 15 dias do vencimento, seus serviços poderão ser bloqueados, e após mais 60 dias do bloqueio o contrato poderá ser rescindido e seus dados registrados nos órgãos de proteção de crédito. Os débitos ora apresentados podem ser contestados pelo Assinante na forma da Regulamentação. Conforme determinado na Resolução nº 424 de dezembro de 2005 art. 11 , é obrigatório o truncamento da fração do centavo na apresentação do valor final de qualquer registro individual constante da fatura.

MENSAGENS IMPORTANTES

Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23792.98760 00001.000033 91099.691000 0 44900007030

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: SIFRA S A

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 21/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 100

Valor Calculado (R\$): 101.8

Juros (R\$): 1.8

Valor Pago (R\$): 101.8

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37636971283

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Recebemos de ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA os produtos e/ou serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica indicada abaixo. Emissão: 09/10/2024 Valor Total: R\$ 100,00 Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NF-e

Nº.: 000.008.028
Série: 5

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67
SANTO ANTONIO - CEP: 15760-000
LOUVEIRA - SP Fone: (17) 2136-6400

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA 1
Nº.: 000.008.028
Série: 5
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO
3524 1072 9118 3700 0284 5500 5000 0080 2810 0140 6770

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
135242265078607 - 09/10/2024 07:51:45

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA NFE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

421000607117

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

72.911.837/0002-84

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

09/10/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA ENTRADA / SAÍDA

09/10/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE / FAX

(19) 3848-3554

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA / SAÍDA

07:51:41

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	100,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		34,72	0,00	100,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE

9-Sem Transporte

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANTL.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1	GASOLINA COMUM	27101259		5.656	L	15,899	6,29	100,00					

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PLACA: SYC1G14

ICMS a ser recolhido e repassado nos termos do Capítulo V do Convênio ICMS nº 15/23.

Tributos aproximados: R\$ 12.90 (12.90%) Federal, R\$ 21.82 (21.82%) Estadual, R\$ 0.00 (0.00%) Municipal

- Fonte: IBPT - SP 19CB11

RESERVADO AO FISCO



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

14/10/2024 1

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 10308256
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 14/10/2024
Vencimento: 21/10/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
	8028	09/10/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	15.90				GASOLINA COMUM	6,290	100,000	6,290	100,000
Total de litros: 15,90													
Valor Total: 100,00													

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor total faturado: 100,00

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
GASOLINA COMUM	15,90	100,00	100,00

Aviso de Compra no Estabelecimento

De ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA <nfe@redemontecarlo.com.br>
Data Qua, 2024-10-09 07:53
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 09/10/2024 07:51.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM: Média KM: HM:
Motorista: Veículo: Placa: SYC1G14
Cupom Fiscal: 8028 Nota Fiscal: 8028

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA COMUM	15,899 L	R\$ 6,290	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 100,00

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

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

**Bradesco**

|237-2|

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 21/10/2024	Nº do Documento 10308256
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02		Carteira / Nosso Número 009/96910000449-P	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 100,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.				Data de Processamento 14/10/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data	Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)
() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado () Recusado () Não Procurado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente () Outros (anotar no verso)

**Bradesco**

|237-2|

23793.39100 99691.000048 49000.070307 2 98760000010000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000449-P
Número do documento 10308256	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 21/10/2024	Valor documento R\$ 100,00		
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

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

Instruções
Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,20 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Autenticação mecânica

**Bradesco**

|237-2|

23793.39100 99691.000048 49000.070307 2 98760000010000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 21/10/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 14/10/2024	Nº documento 10308256	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 14/10/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000449-P
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(=) Valor documento R\$ 100,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa

Pagador / Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03394.98790 00006.738094 84501.300000 4 31118820104

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BANCO SOFISA S/A **CPF/CNPJ:** 60.889.128/0001-80

Nome/Razão Social: BANCO SOFISA S/A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 24/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 673.8

Valor Calculado (R\$): 680.52

Juros (R\$): 6.72

Valor Pago (R\$): 680.52

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37636997845

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

SUPERMED

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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 721220
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7212 2014 7596 5359

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
135242157026441 26/09/2024 22:26:59

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
26/09/2024

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

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAÍDA
2 SET 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 24/10/2024 673,80

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
673,80	80,85	0,00	0,00	673,80
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				673,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
12	CAIXA			31,80	31,80

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
30097	SERINGA DESC.05ML SLIP C/500-SR LT L1197 (8) 07/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L119-7, Qtde: 8 ,Data Fab: 25/07/2024, Data Val: 25/07/2029)	90183119	100	5102	CX	8	59,7000	477,60	477,60	57,31		12,00	
30095	SERINGA DESC.03ML SLIP C/500-SR LT L1181 (4) 07/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L118-1, Qtde: 4 ,Data Fab: 23/07/2024, Data Val: 23/07/2029)	90183119	100	5102	CX	4	49,0500	196,20	196,20	23,54		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 363725760 - Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
||#R43V12 #||
Pedido: 720014
DESCONTO DE R\$ 0,02 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
ACRESCIMO FINANCEIRO DE R\$ 0,02 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
Pedido Cliente: 363725760
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 Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,27
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
NÃO SERÃO DEVOLVIDAS E/OU FALTAS



033-7

03399.48457 01300.000435 11188.201047 4 98790000067380

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 000004311188-2	Nr.Documento 6721220U	Data de Vencimento 24/10/2024	Valor do Documento R\$ 673,80	(=) Valor Pago R\$ 673,80
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

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

Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013	Autenticação Mecânica
--	-----------------------



033-7

03399.48457 01300.000435 11188.201047 4 98790000067380

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 24/10/2024
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 26/09/2024	Número do Documento 6721220U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 18/10/2024	Nosso Número 000004311188-2
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 673,80
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 1,10					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 673,80

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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34198.98790 00019.458510 90032.317454 5 22400771000

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 **CPF/CNPJ:** 08.231.734/0001-93

Nome/Razão Social: FUTURA COM PROD MEDICOS

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 24/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1945.85

Valor Calculado (R\$): 1949.33

Juros (R\$): 3.48

Valor Pago (R\$): 1949.33

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637009430

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitais LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep: 18271-210 Tatui/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 193.531

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001935311002153451

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

135242157393039

26/09/2024 23:55

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

26/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

26/09/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 193.531/1 Valor: 1.945,85 Venc. 24/10/2024

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
1.945,85	326,38	0,00	0,00	1.945,85
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
				1.945,85

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta 1 - emitente 2 - destinatário	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR	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
5	CAIXAS			80,000	80,000

DADOS DO PRODUTO/Serviço

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
572599	AGULHA HIPODERMICA 25X7 C/100 UND ABL SAUDE Lote: NHND00524 Val. 30/04/2029	90183219	000	5102	CX	10,00 10,00	7,100000	71,00	71,00	8,52		12,0	
571449	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5 13F C/10 ESTERIL LIVIA SOFT AMED Lote: C.36-1 Val. 30/09/2029	30059090	000	5102	PCT	3.000,00 3.000,00	0,516000	1.548,00	1.548,00	278,64		18,0	
568407	SERINGA 5ML BICO LUER SLIP CX C/100 DESCARPACK Lote: SER013D/24 Val. 31/03/2029	90183119	000	5102	CX	10,00 10,00	16,620000	166,20	166,20	19,94		12,0	
572610	SERINGA 3ML BICO LUER SLIP CX C/100 UND ABL SAUDE Lote: SSS3NB00223 Val. 01/02/2028	90183119	000	5102	CX	15,00 15,00	10,710000	160,65	160,65	19,28		12,0	

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. 193.531
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	SÉRIE: 0

FUTURA
www.futuramedicamentos.com.br
Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA
Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira
Cep: 18271-210 Tatuí/SP
Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 2 **1**
No. 193.531
SÉRIE: 0
Página 2 de 2

	
Chave de Acesso da NF-e 35240908231734000193550000001935311002153451	
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 135242157393039 26/09/2024 23:55	

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.219.400 PEDIDO 363725760.1 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	Reservado ao FISCO
--	--------------------



Banco Itaú S/A

341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 24/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 193531/1	Nosso Número 109/00323174-5
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 1.945,85	(-)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 32317.454521 24007.710007 8 98790000194585

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 24/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 26/09/2024	Número do Documento 193531/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 26/09/2024	Nosso Número 109/00323174-5
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 1.945,85
Instruções APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,58 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 38,92 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-)Descontos/Abatimentos
					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP					(=)Valor



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98800 00003.664010 90009.326437 6 49228587000

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: PROCOMP PRODS E SERV DE INF LT **CPF/CNPJ:** 51.920.700/0001-35

Nome/Razão Social: PROCOMP PRODS E SERV DE INF LT

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 25/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 366.4

Valor Calculado (R\$): 385.16

Juros (R\$): 0.44

Valor Pago (R\$): 385.16

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 18.32

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637036090

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

**PROCOMP**
Produtos e Serviços de Informática

PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.
Rua Baronesa do Japi, 171 - Bela Vista
Jundiaí / SP - Cep: 13207684
Telefone: (11) 33795822

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0445336
SÉRIE : 0
Página: 1 / 1


CHAVE DE: 3524 0951 9207 0000 0135 5500 0000 4453 3612 0000 7869
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: 135 242 159 382 450 27/09/2024 08:46

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA DE TERCEIROS.

INSCRIÇÃO ESTADUAL 407.095.223.118 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 51.920.700/0001-35

DESTINATÁRIO / REMETENTE

Nome/Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CÓDIGO DO CLIENTE 0127190000

CNPJ/CPF 45349461000102

DATA DE EMISSÃO 27/09/2024

ENREDEÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 50

INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTA

DATA DE ENTRADA / SAÍDA 27/09/2024

MUNICÍPIO GIARÇA BAIRRO/DISTRITO WILLIAMS UF SP CEP 17402064 FONE/FAX (11) 35728730

HORA DE SAÍDA

DUPPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
445336-1	25/10/2024	366,40									

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 366,40	
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 DA NOTA 366,40	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social O MESMO

Frete por Conta 4-Próprio Destinatário

Código ANTT

Placa do Veículo

UF

CNPJ/CPF 0115039000

Endereço

Município

UF

Inscrição Estadual

Quantidade 7

Especie VOLUMES

Marca

Cubagem

Peso Bruto 37,760

Peso Líquido 37,424

SQ	C.PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UN	QTD	V.UNIT	V. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VL ICMS	VL IPI	Aliquota ICMS IPI
1	0201010005	PAPEL CHAMEX OFFICE A4 75 GRAMAS 210X297	48025610	560	5405	RM	16,00	22.9000	366,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0

Imposto recolhido anteriormente por Substituição Tributária. -

N/Pedido: 415272

DADOS ADICIONAIS

ENDERECO DE ENTREGA RUA LUIZ MARTINS CRUZ N 63 JARDIM LAGO AZUL LOUVEIRA SP CEP 13294394 PEDIDO N 34
CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

Representante: MONICA CRISTINA DE LIMA JESUS

Valor aproximado dos impostos (Fonte: IBPT) : R\$ 125,60 (34,279%)

RESERVADO AO FISCO

 Banco Itaú S.A. 341-7 		 PROCOMP Produtos e Serviços de Informática		COMPROVANTE DE ENTREGA	
Cedente: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.			Data Documento: 27/09/2024		Vencimento 25/10/2024
Sacado 45349461000102 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Nosso Número 93264-3	N° Documento 445336/0		Valor do Documento 366,40
Instruções: (Texto de responsabilidade do cedente)					
Recebi(emos)		Data	Assinatura		

 Banco Itaú S.A. 341-7 		 PROCOMP Produtos e Serviços de Informática		RECIBO DO SACADO	
Local de Pagamento: Pague preferencialmente nas agências Itaú. Após o vencimento somente no Itaú.				Vencimento 25/10/2024	
Cedente: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.				Agência/Cód. Cedente 7649/22858-7	
Data Documento: 27/09/2024	N° Documento 445336 / 0	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 27/09/2024	Nosso Número 109 / 93264-3
CNPJ do Cedente 51.920.700/0001-35	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 366,40
Instruções: (Texto de responsabilidade do cedente) Após o Vencimento Cobrar Mora de 5% e Juros de 0,03% ao dia. Protestar 5 dias após o Vencimento. NÃO SUBSTITUIR ESSE BOLETO P/DEPÓSITO S/AUTORIZAÇÃO				(-) Descontos/Abatimento	
				(-) Outras Deduções	
				(+) Mora/Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Sacado: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461000102 R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS Garça 17402064					
Sacador/Avalista:					
Autenticação Mecânica					

 Banco Itaú S.A. 341-7 		34191.09008 09326.437648 92285.870009 1 98800000036640			
Local de Pagamento: Pague preferencialmente nas agências Itaú. Após o vencimento somente no Itaú.				Vencimento 25/10/2024	
Cedente: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.				Agência/Cód. Cedente 7649/22858-7	
Data Documento: 27/09/2024	N° Documento 445336 / 0	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 27/09/2024	Nosso Número 109 / 93264-3
CNPJ do Cedente 51.920.700/0001-35	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 366,40
Instruções: (Texto de responsabilidade do cedente) Após o Vencimento Cobrar Mora de 5% e Juros de 0,03% ao dia. Protestar 5 dias após o Vencimento. NÃO SUBSTITUIR ESSE BOLETO P/DEPÓSITO S/AUTORIZAÇÃO				(-) Descontos/Abatimento	
				(-) Outras Deduções	
				(+) Mora/Multa	
				(+) Outros Acréscimos	
				(=) Valor Cobrado	
Sacado: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461000102 R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS Garça 17402064					
Sacador/Avalista:					



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00194.98800 00004.800000 00003.290522 0 00000423117

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 25/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 480

Valor Calculado (R\$): 486.25

Juros (R\$): 6.25

Valor Pago (R\$): 486.25

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637049285

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

ESSÊNCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP CEP 13.222-760 FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br				DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.013.674 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0136 7410 0015 8725 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		Protocolo: 135242159022408	
VENDA				Data: 27/09/2024 08:16			
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		27/09/2024	
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP		DATA SAÍDA / ENTRADA	
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		WILLIAMS		17.402-064		27/09/2024	
MUNICÍPIO		FONE		UF		HORA SAÍDA	
GARÇA		(16) 3374-8438		SP		08:08:54	
FATURA / DUPLICATA							
001 - 480,00 - 25/10/2024							

Essencialox Com Gases Eq. Ltda

001

Pagador	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064		
Documento	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
004209	25/10/2024	32905220000004231	480,00
Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____			

		001-9	Recibo do Pagador	
Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21			Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1	Vencimento 25/10/2024
Data do Documento 27/09/2024	Nº Documento 004209	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 27/09/2024
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,25 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.			Nosso Número 32905220000004231	
			(=) Valor Documento 480,00	
			(-) Desconto	
			(-) Outras Deduções	
			(+) Mora/Multa	
			(+) Outros Acréscimos	
			(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064				

Autenticação Mecânica

		001-9	00190.00009 03290.522006 00004.231171 4 98800000048000	
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO			Vencimento 25/10/2024	
Beneficiário/CPF/CNPJ Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21			Agência/Código Beneficiário 09895-7/000000000473-1	
Data do Documento 27/09/2024	Nº Documento 004209	Espécie DM	Aceite N	Data Processamento 27/09/2024
Uso do Banco	Carteira 17-19	Moeda R\$	Quantidade	Valor
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,25 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.			Nosso Número 32905220000004231	
			(=) Valor Documento 480,00	
			(-) Desconto	
			(-) Outras Deduções	
			(+) Mora/Multa	
			(+) Outros Acréscimos	
			(=) Valor Cobrado	
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064				

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00191.98800 00008.100000 00003.290522 0 00000433717

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAMENTOS

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 25/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 810

Valor Calculado (R\$): 820.55

Juros (R\$): 10.55

Valor Pago (R\$): 820.55

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637083019

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Essencialox Com Gases e Equip Ltda.
Av Marginal Rio 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:
001907
Via Única:
Emissão:
27/09/2024

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: 25/10/2024

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

Valor Total da Fatura de Cobrança: 810,00

Dados do Documento

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

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

Data do Recebimento:

Identificação e Assinatura do Recebedor:

Fatura de Locação:

001907

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 00004.337176 1 98800000081000		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME		Espécie R\$	Quantidade	Nosso Número 32905220000004337-X	
Endereço AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800					
Nr. do documento 004313	Contrato 20071397	CPF/CNPJ Beneficiário 37.834.012/0001-21	Vencimento 25/10/2024	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: 26.10.2024 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 00004.337176 1 98800000081000		
Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento			Vencimento 25/10/2024		
Beneficiário ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME			Agência/Código Beneficiário 9895-7 / 473-1		
Data do 11/10/2024	Nr. do documento 004313	Espécie doc. DM	Aceite N	Data process. 22/10/2024	Nosso número 32905220000004337-X
Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	x Valor		Valor Documento 810,00
Instruções JRS: VI p/Dia Atraso R\$ 2,11 desde: 26.10.2024 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 Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:10:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/9122/00000000212-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SITCON TECNOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 42.323.482/0001-60

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 15.065,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19614511

Chave de Segurança: KV5N1GFKY6XGRMUU

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

080935

Data da emissão
de Nota/Fatura:

Emissão: 09/10/2024

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

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 Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000248946-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: WANER LABORATORIO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 03.560.868/0004-87

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 12.799,01

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 98816093

Chave de Segurança: EC5U1U4VSL2JKXER

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



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

714/NFS-E



Número / Série	714 / NFS-E	Emissão	14/10/2024 16:36:02	Incidência	Louveira (SP)	ISS a reter	Não
Prest. do Serviço	14/10/2024	Código de verificação	VV1R.FDAG.URYV.LAA1	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 - SETEMBRO/2024 DADOS PARA DEPOSITO : BCO BRADESCO AG - 2388 CONTA CORRENTE - 248946-5 CONTRATO GESTÃO 001/2024 ORGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	R\$ 12.993,92	1,00	R\$ 12.993,92

Tributos Federais

PIS

INSS

CSLL

IRRF

COFINS

0,00

0,00

0,00

194,91

0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R\$)	ISS(R\$)	Desconto Condicional(R\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota (%)
12.993,92	259,88	0,00	12.993,92	2,00 %
Outras Retenções(R\$)			Valor Líquido:	R\$ 12.799,01
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 714, série NFS-E, conforme verificável pelo endereço eletrônico:

<http://www.nfe-cidades.com.br/documento/VV1R.FDAG.URYV.LAA1>

Data: / /

Assinatura:

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00191.98830 00033.870000 00002.080513 0 00002869817

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: MED CENTER COMERCIAL LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3387

Valor Calculado (R\$): 3471.68

Juros (R\$): 16.94

Valor Pago (R\$): 3471.68

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 67.74

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637237162

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

MED CENTER COMERCIAL LTDA

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

DANFE
DOCUMENTO
AUXILIAR DA
NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº: 000572128
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1



CHAVE DE ACESSO:

3124 0900 8749 2900 0140 5500 1000 5721 2819 1136 0509

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 131246209977286 30/09/24 16:02:10	
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 30/09/2024
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064	DATA DA ENTR/SAÍDA 30/09/2024
MUNICÍPIO GARÇA	FONE / FAX 1133748438	UF SP	HORA DA SAÍDA 16:00:53
FATURA / DUPLICATA 001 28/10/2024 3.387,00			

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	
3.387,00		406,44	0,00		0,00	3.387,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		3.387,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI		FRETE POR CONTA 0 - Emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF SP	C.N.P.J / C.P.F. 12270745000150
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 41		MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633751854115		
QUANTIDADE 5	ESPÉCIE VOLUME(S)	MARCA	NÚMERO 606213	PESO BRUTO 19,555 Kg	PESO LÍQUIDO 19,555 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
01082900	DIAZEPAM 10MG AMP 2ML VP -	0	6108	1	90,00000000	0,00%	90,00	90,00	0,00	10,80	0,00		12,00 0,00
3003.90.74	20101724/FAB.01/08/24/VAL.30/08/26 C/ 100 AP	100	000	CV		0,00		90,00	0,00				
01594600	DIPIRONA 1GR AMP 2ML VP -	0	6108	6	75,00000000	0,00%	450,00	450,00	0,00	54,00	0,00		12,00 0,00
3003.90.99	20739124/FAB.01/08/24/VAL.30/08/26 C/ 100 AP	600	500	CV		0,00		450,00	0,00				
01594600	DIPIRONA 1GR AMP 2ML VP -	1	6108	16	75,00000000	0,00%	1.200,00	1.200,00	0,00	144,00	0,00		12,00 0,00
3003.90.99	20739224/FAB.01/08/24/VAL.30/08/26 C/ 100 AP	0	500	CV		0,00		1.200,00	0,00				
01521200	DOBUTAMINA 250 MG IV AMP 20 ML VP -	0	6108	2	55,00000000	0,00%	110,00	110,00	0,00	13,20	0,00		12,00 0,00
3003.90.99	24071682/FAB.01/07/24/VAL.30/07/26 C/ 10 AP	20	000	CV		0,00		110,00	0,00				
01774900	DOPAMINA 50 MG AMP 10 ML -	0	6108	2	18,00000000	0,00%	36,00	36,00	0,00	4,32	0,00		12,00 0,00
3004.90.39	23080225/FAB.01/07/23/VAL.30/07/25 C/ 10 AP	20	500	CV		0,00		36,00	0,00				
00206500	DRAMIN B6 DL AMP 10 ML (N) -	0	6108	1	740,00000000	0,00%	740,00	740,00	0,00	88,80	0,00		12,00 0,00
3004.50.90	B24F1894/FAB.01/07/24/VAL.30/07/26 C/ 100 AP	100	500	CV		0,00		740,00	0,00				
00764300	HIDROCORTISONA 100 MG F/A S/DIL -	0	6108	2	150,50000000	0,00%	301,00	301,00	0,00	36,12	0,00		12,00 0,00
3004.32.10	24070809/FAB.01/06/24/VAL.30/06/26 C/ 50 FR	100	500	CV		0,00		301,00	0,00				
01866400	METOCLOPRAMIDA 10MG AMP 2 ML VP -	0	6108	3	70,00000000	0,00%	210,00	210,00	0,00	25,20	0,00		12,00 0,00
3003.90.51	12502224/FAB.01/08/24/VAL.30/08/26 C/ 100 AP	300	000	CV		0,00		210,00	0,00				
01692700	ROCURONIO 10MG/ML 5ML INJ TERMO -	0	6108	1	250,00000000	0,00%	250,00	250,00	0,00	30,00	0,00		12,00 0,00
3004.20.99	2300480/FAB.01/02/23/VAL.28/02/25 C/ 25 FR	25	000	CV		0,00		250,00	0,00				

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES BOLETO id 363877984.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #Endereco de Entrega: Ru: Luiz Martins Cruz, 63 - Jardim Lago Azul - 13294-394 - LOUVEIRA - Sao Paulo - SP Pedido: 606213 Volume M3: 0.039041 Rota: 8 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\$: 14,76		

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0368-9/00001162	N. DO DOCUMENTO 572128/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSE NÚMERO 208051300000286	VENCIMENTO 28/10/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 3.387,00

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO
30/09/2024

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484					
DATA DO DOCUMENTO 30/09/2024	NO. DO DOCUMENTO 572128/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 30/09/2024	
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 17	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X



Fone: (35) 3449-1950

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 28/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

VENCIMENTO	28/10/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0368-9/00001162-2
CART. / NOSSE NÚMERO	20805130000028698
1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	3.387,00
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

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

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica

LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO						VENCIMENTO	28/10/2024
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484						AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0368-9/00001162-2
DATA DO DOCUMENTO 30/09/2024	Nº DO DOCUMENTO 572128/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 30/09/2024		CART. / NOSSE NÚMERO	20805130000028698
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 17	MOEDA R\$	QUANTIDADE	VALOR X	1 (+) VALOR DO DOCUMENTO	3.387,00
INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO Após 28/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.						2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
						3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
						4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
						5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
						6 (=) VALOR COBRADO	

Parcela: 1/01

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

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23797.98830 00090.125824 01090.000009 0 67200151220

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 **CPF/CNPJ:** 04.274.988/0001-38

Nome/Razão Social: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 9012.58

Valor Calculado (R\$): 9240.89

Juros (R\$): 48.06

Valor Pago (R\$): 9240.89

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 180.25

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637280915

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Ativa ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA RUA HUMAITA, 290 SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.134.617 Série 001 Folha 1/2		 CHAVE DE ACESSO 3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1346 1710 2503 4610 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 135242183289997 - 30/09/2024 15:46:49										
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		INSCRIÇÃO ESTADUAL 582596876113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 04.274.988/0001-38										
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 050 MUNICÍPIO GARÇA		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 30/09/2024 DATA DA SAÍDA/ENTRADA 17402-064 HORA DA SAÍDA/ENTRADA 1836591411										
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 063 MUNICÍPIO LOUVEIRA		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		INSCRIÇÃO ESTADUAL 13294-394 UF SP										
FATURA / DUPLICATA Num. 001 Venc. 28/10/2024 Valor R\$ 9.012,58														
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE CÁLC.ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR DO ICMS-FCP										
9.012,58		1.229,58		0,00										
BASE CÁLC.ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T.		VALOR ICMS S.T-FCP										
0,00		0,00		0,00										
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO										
0,00		0,00		0,00										
OUTRAS DESPESAS		VALOR TOTAL IPI		VALOR IMPORTAÇÃO										
0,00		0,00		0,00										
TOTAL PRODUTOS		TOTAL DA NOTA												
9.012,58		9.012,58												
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS														
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA		FRETE POR CONTA 0-Remetente		CÓDIGO ANTT 0-Remetente										
ENDEREÇO ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330		MUNICÍPIO SUMARE		UF SP										
QUANTIDADE 5		ESPECIE Volumes		MARCA 3,7900										
NUMERAÇÃO 975,43		PESO BRUTO 43,720		PESO LIQUIDO 43,720										
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
45772	ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CT C/ 100 AP/HIPOLABOR G+ PMC: 8.54 Lote: BD-016/24 Qt: 100 Fab: 02/07/24 Val: 30/06/26 FCI:F3F2C23A-60F6-44F2-ABCF-44E48320EC61	30049099	500	5102	AP	100	3,7900	379,00	379,00	45,48			12,00	
40083	ADENOSINA 3MG/ML SOL INJ 2ML (GEN) CX C/ 50 AP HIPOLABOR G+ PMC: 16.69 Lote: BC-009/24 Qt: 100 Fab: 20/03/24 Val: 28/02/26 FCI:019B9B1B-D29A-4BF9-8F84-1CC7BFD41237	30049024	500	5102	AP	100	9,7543	975,43	975,43	117,05			12,00	
47699	AMPICILINA 1G (GEN) PO P/ SOL INJ CT C/ 50 FA TEUTO G+ PMC: 17.65 Lote: 9215292 Qt: 50 Fab: 02/08/23 Val: 02/08/25	30049099	000	5102	FA	50	3,8316	191,58	191,58	22,99			12,00	
35962	ANDROCORTIL 500MG PO LIOF INJ S/DIL CT C/ 50 FA TEUTO S+ PMC: 15.37 Lote: 25961788 Qt: 100 Fab: 21/05/24 Val: 21/05/26	30043933	000	5102	FA	100	4,2849	428,49	428,49	77,13			18,00	
56101	ARTRINID 100MG PO LIOF P/ SOL INFUS IV CT C/ 50 FA UNIAO QUIMICA S+ PMC: 18.55 Lote: 2424400 Qt: 350 Fab: 11/06/24 Val: 30/06/26 FCI:C24E979C-ED22-46E4-9333-81641E569B05	30049029	500	5102	FA	350	4,1340	1.446,90	1.446,90	260,44			18,00	
34195	BUTIL ESCOPO 20MG/ML SOL INJ 1ML (GEN) CT C/ 100 AP HIPOLABOR G+ PMC: 1.78 Lote: H-029/24 Qt: 400 Fab: 03/07/24 Val: 30/06/26 FCI:6DC20011-4357-45C9-9B0C-E9A51669EB66	30049099	500	5102	AP	400	1,1584	463,36	463,36	55,60			12,00	
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO								
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: PEDIDO 363877984 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira PEDIDO DE COMPRA:PDC#363877984#BIONEXO Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2503461 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\$ 1.212,19 Estadual: R\$ 1.081,50 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT														

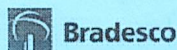


ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITÁ, 290

Cep:14020-680 – RIBEIRÃO PRETO – SP

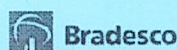
Fone:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 30/09/2024	Vencimento 28/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA-SP	Número Documento: 134617-01	Nosso Número: 00000090672	Valor: 9.012,58

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.009069 72001.512200 7 98830000901258

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 28/10/2024
Beneficiário ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38					Agência/Código Beneficiário 2401-5/0015122-P
Endereço Beneficiário RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRÃO PRETO-SP					
Data do documento: 30/09/2024	No. do documento 134617-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 30/09/2024	Cart./Nosso Número 09/00000090672-P
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 9.012,58
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 24,03 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 180,25 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 - GARÇA-SP
45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista

Ficha de Compensação



Autenticação Mecânica

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23797.98830 00006.438924 01090.000009 0 67900151220

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 **CPF/CNPJ:** 04.274.988/0001-38

Nome/Razão Social: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 643.89

Valor Calculado (R\$): 660.2

Juros (R\$): 3.44

Valor Pago (R\$): 660.2

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 12.87

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637289713

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Ativa

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290

SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680

RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.134.631

Série 001

Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524 0904 2749 8800 0138 5500 1000 1346 3110 2503 4600

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

PROTOKOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135242183918651 - 30/09/2024 16:36:09

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

30/09/2024

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.

28/10/2024

Valor

RS 643,89

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
636,35	76,36	0,00	0,00	0,00	0,00	643,89
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	643,89

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA

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 GP11B KM 2.2-SP110-330

MUNICÍPIO

SUMARE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SP

671495090114

QUANTIDADE

12

ESPECIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

15,880

PESO LIQUIDO

15,880

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	AD ICMS
33407	AGULHA DESCARTAVEL 25X0,80MM C/ 100 INJEX Lote: 153/24 Qt: 500 Fab: 01/01/24 Val: 01/01/29	90183219	000	5102	UN	500	0,0535	26,75	26,75	3,21			12,00	
52135	AGULHA DESCARTAVEL 30X0,70MM C/ 100 SOL-MILLENNIUM Lote: 02103042 Qt: 10000 Fab: 01/10/21 Val: 30/09/26	90183219	200	5102	UN	10.000	0,0516	516,00	516,00	61,92			12,00	
26545	AGULHA DESCARTAVEL 30x0,80MM C/ 100 INJEX Lote: 175/24 Qt: 1000 Fab: 01/05/24 Val: 01/05/29	90183219	000	5102	UN	1.000	0,0572	57,20	57,20	6,86			12,00	
56444	AGULHA HIPODERMICA DESC 20X0,55 TKL C/100 TKL Lote: KK2420-240325 Qt: 500 Fab: 25/03/24 Val: 24/03/29	90183219	200	5102	UN	500	0,0728	36,40	36,40	4,37			12,00	
56213	SONDA URETRAL No 04 PCT C/ 10 UN MEDSONDA Lote: 77371 Qt: 20 Fab: 05/08/24 Val: 05/08/28	90183929	040	5102	UN	20	0,3770	7,54	0,00	0,00			0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

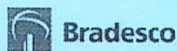
Inf. Contribuinte:
PEDIDO 363879006
Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
PEDIDO DE COMPRA:PDC#363879006#BIONEXO
Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2503460
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: RS 134,35 Estadual: RS 77,26 Municipal: RS 0,00 Fonte: IBPT
(A) Isento de ICMS Conforme Art. 14 do Anexo I do RICMS/SP - Convenio ICMS 01/99.

RESERVADO AO FISCO



ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

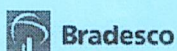
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 30/09/2024	Vencimento 28/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 134631-01	Nosso Número: 00000090679	Valor: 643,89

Autenticação Mecânica



237-2

23792.40100 90000.009069 79001.512205 7 98830000064389

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO					Vencimento 28/10/2024
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: 30/09/2024	No. do documento 134631-01	Espécie doc. DM	Accept N	Data Processamento 30/09/2024	Cart./Nosso Número 09/00000090679-7
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 643,89
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 1,72 AO DIA PGTO/ATRASSO COBRAR MULTA DE R\$ 12,88 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

Declaro ter recebido 12020 unidade(s)/ 12 volumes
de ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
(04.274.988/0001-38) os produtos constantes
da nota fiscal 000134631 serie 001
e pedido 2503460 de 30/09/2024
Pedido fornecedor: PDC#363879006#BIONEXO
Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 24 horas do recebimento

CIDADE GARÇA-SP		ROTA	
CLIENTE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ 45.349.461/0001-02	
TRANSPORTADORA PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA			
NOTA 	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO 

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000134631

() Avaria () Falta () Excedente () Desacordo

Item: _____

Quantidade: _____

Lote: _____

No caso de avarias: () Avaria caixa interna () Avaria caixa externa

No caso de falta: () Falta de volume () Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000134631

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes.

Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98830 00011.243810 90032.366374 5 22400771000

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 **CPF/CNPJ:** 08.231.734/0001-93

Nome/Razão Social: FUTURA COM PROD MEDICOS

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1124.38

Valor Calculado (R\$): 1125.06

Juros (R\$): 0.68

Valor Pago (R\$): 1125.06

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637316208

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e
Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira

Cep. 182/1-210 Itatui/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

Saída: 1

Entrada: 2

1

No. 193.780

SÉRIE: 0

Página 1 de 2



Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001937801002155948

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

135242184293263

30/09/2024 17:05

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

30/09/2024

Endereço

AV DR ORLANDO T SANTOS 50

Bairro/Distrito

WILLIAMS

Cep

17402-064

Data de Saída/Entrada

30/09/2024

Município

GARÇA

Fone/Fax

(14)035325198

UF

SP

Inscrição Estadual

ISENTO

Hora de Saída

FATURA

Dupl.: 193 780/ 1 Valor: 1.124,38 Vencdo. 28/10/2024

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
1.051,69	189,31	0,00	0,00	1.124,38
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
				1.124,38

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta 1 - emitente 2 - destinatário	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR	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
2	CAIXAS			12,000	12,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VLR TOTAL	BC/ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALQ ICMS	ALQ IPI
573975	MALHA TUBULAR 20CM X 15M ORTHOLEV SANTRIC Lote: 49275 Val. 30/09/2029	90211010	040	5102	UND	2,00 2,00	13,499200	27,00	0,00	0,00			
573322	CATETER INTRAVENOSO 16G CINZA CX C/100 ABL SAUDE Lote: A2306349 Val. 31/05/2028	90183929	000	5102	CX	1,00 1,00	60,080000	60,08	60,08	10,81		18,0	
20695	ALGODAO HIDROFILO 500GR NATHY NATHALYA Lote: 0724 Val. 30/07/2029	52030000	000	5102	RL	20,00 20,00	14,342200	286,84	286,84	51,65		18,0	
21273	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1.0M PCT C/12 ORTOBOM Lote: 311 Val. 01/09/2029	90211020	040	5102	PCT	2,00 2,00	7,785600	15,57	0,00	0,00			
568606	COLETOR URINA AD BOLSA SF 02L EST C/P.COLETA S/F.AR MEDIX Lote: 230923 Val. 30/08/2028	39269030	000	5102	UND	50,00 50,00	3,046300	152,32	152,32	27,42		18,0	
572484	EQUIPO BURETA 150ML/MICRO/C.FLEX/LOCK/LAT/F AR/ROL C/5 MEDIX Lote: 20230402 Val. 30/03/2028	90189010	000	5102	PCT	4,00 4,00	21,584500	86,34	86,34	15,54		18,0	

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e
No. 193.780

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

SÉRIE: 0

FUTURA
www.futuramedicamentos.com.br
Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA
Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira
Cep: 18271-210 Tatui/SP
Fone/fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 2
No. 193.780
SÉRIE: 0
Página 2 de 2



Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001937801002155948
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
135242184293263 30/09/2024 17:05

Natureza da Operação
VENDA

Inscrição Estadual
687.161.985.111

Inscrição Estadual do Subst. Tributário

CNPJ
08.231.734/0001-93

574064	CURATIVO FILME TRANSPARENTE IV ESTERIL 7 X 9CM C/100 POLARFIX Lote : 220803 Val. 28/07/2027	30051090	000	5102	CX	2,00 2,00	207,550000	415,10	415,10	74,72	18,0
570961	LAMINA DE BISTURI Nº22 C/100 UND BIOMASS Lote : AM21010102 Val. 31/03/2026	90189029	000	5102	CX	1,00 1,00	19,320000	19,32	19,32	3,48	18,0
573970	MALHA TUBULAR 08CM X 15M ORTHOLEV SANTRIC Lote : 49236 Val. 30/08/2029	90211010	040	5102	UND	2,00 2,00	5,953100	11,91	0,00	0,00	
573974	MALHA TUBULAR 15CM X 15M ORTHOLEV SANTRIC Lote : 49149 Val. 30/08/2029 Lote : 49275 Val. 30/09/2029	90211010	040	5102	UND	2,00 1,00 1,00	9,106700	18,21	0,00	0,00	
574197	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL SEM VALVULA Nº 06 C/10 UND MEDSONDA Lote : 78021 Val. 30/09/2028	90183929	000	5102	PCT	2,00 2,00	4,962000	9,92	9,92	1,79	18,0
570233	SONDA FOLEY 2 VIAS N.20FR BL 5-15ML CX C/10 DESCARPACK Lote : SSFAAA012E Val. 28/02/2027	90183921	000	5102	CX	1,00 1,00	21,674000	21,67	21,67	3,90	18,0

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63 JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares
REG.:Sumaré N/P.219.716

Reservado ao FISCO

PEDIDO 363879006.1 - 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

Banco

341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 28/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 193780/1	Nosso Número 109/00323663-7
Espécie R\$	Quantidade X	Valor R\$ 1.124,38	(=)Valor Documento R\$ 1.124,38	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo: CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93 END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUI/SP			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

34191.09008 32366.374521 24007.710007 1 98830000112438

Local de Pagamento Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.						Vencimento 28/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 30/09/2024	Número do Documento 193780/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 30/09/2024	Nosso Número 109/00323663-7	
Uso do Banco	CIP	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor R\$ 1.124,38	
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) APOS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,34 POR DIA DE ATRASO APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 22,49 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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98830 00044.802410 90032.364704 5 22400771000

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 **CPF/CNPJ:** 08.231.734/0001-93

Nome/Razão Social: FUTURA COM PROD MEDICOS

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 4480.24

Valor Calculado (R\$): 4482.92

Juros (R\$): 2.68

Valor Pago (R\$): 4482.92

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637331815

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

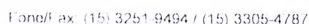
Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

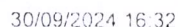
Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



Página 1 de 2



VENDA

687.161.985.111

08.231.734/0001-93

30/09/2024

17402-064

GARCA

(14)035325198

SP

ISENTO

1000

Dupl : 193.775/ 1 Valor : 4.480,24 Vencto. 28/10/2024

448024

Valor Total da Nota 4.480,24

CONCEPTS

SUMARE

SP

671495090114

8

CAIXAS

20

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
574753	SIMETICONA 75MG/ML GIS FR 15ML "GENÉRICO" AIRELA Lote : 2410517 Val: 23/08/2026	30049099	000	5102	FR	50,00 50,00	1,674700	83,74	83,74	10,05		12,0	
570394	ACETILCISTEINA 100MG/ML SOL INJ 3ML CX C/5 AP "FLUCISTEIN" UNIAO QUIMICA Lote : 2426217 Val: 30/06/2026	30049059	000	5102	CX	6,00 6,00	15,325000	91,96	91,96	16,52		18,0	
574084	BENZILPENICILINA 1.200.000UI PO LIOF CX C/50FA "BEPEBEN" TEUTO BRASILEIRO Lote : 2505799 Val: 19/02/2026	30041013	000	5102	CX	3,00 3,00	382,670000	1.148,01	1.148,01	206,64		18,0	
568069	CEFTRIAXONA SODICA 1000MG IV CX C/100 "GENÉRICO" (ANTIB) BLAU Lote : 24070853 Val: 30/06/2026	30042059	000	5102	CX	3,00 3,00	433,360000	1.300,08	1.300,08	155,11		12,0	
574695	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML CX C/ 100 "GENÉRICO" TEUTO BRASILEIRO Lote : 9045085 Val: 30/03/2025	30049037	000	5102	CX	8,00 8,00	80,010000	640,08	640,08	76,81		12,0	
573068	PREDNISOLONA 3MG/ML 100ML "GENÉRICO" HIPOLABOR	30043999	000	5102	FR	10,00	5,883000	58,83	58,83	7,06		12,0	

Recebemos de Futura Com.Prod.Medicos Hosp Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e
No. 193.775

Data de recebimento

Identificação e assinatura do recebedor

SÉRIE: 0

FUTURA
www.futuramedicamentos.com.br
Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA
Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch. Junqueira
Cep: 18271-210 Tatui/SP
Fone/fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 2
No. 193.775
SÉRIE: 0
Página 2 de 2


Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001937751002155891
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
135242183869086 30/09/2024 16:32

Natureza da Operação VENDA												
Inscrição Estadual 687.161.985.111			Inscrição Estadual do Subst. Tributário			CNPJ 08.231.734/0001-93						
	Lote : 0806/24	Val. 31/05/2026					10,00					
574092	FUROSEMIDA 10MG/ML SOL INJ 2ML CX C/60 AP "GENÉRICO" TEUTO BRASILEIRO Lote : 9067410 Val. 18/09/2025	30049076	000	5102	CX	2,00	38,190000	/6,38	76,38	9,17	12,0	
53757	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML C/50 "UNI HALOPER" (C1) UNIAO QUIMICA Lote : 2417574 Val. 31/05/2026	30049069	000	5102	CX	1,00	81,070000	81,07	81,07	14,59	18,0	
568230	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML 5ML CX C/25 "HEPAMAX-S" BLAU Lote : 24040492 Val. 06/03/2027	30049099	000	5102	CX	2,00	395,830000	/91,66	791,66	142,50	18,0	
570669	SOL GLICOFISIOLOGICA 500ML CX C/30 FRASCOS FRESSENIUS Lote : 74TF2552 Val. 06/05/2026	30049099	020	5102	CX	1,00	161,373000	161,37	161,37	19,36	12,0	
53711	SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G TB 30G "GENÉRICO"(ANTIB) UNIAO QUIMICA Lote : 2413686 Val. 30/04/2026	30049072	000	5102	TB	10,00	4,706400	47,06	47,06	5,85	12,0	

Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ

63 JARDIM LARO AZUL 13294-394

LOUVEIRA SP

CÁLCULO DO ISSQN

Inscrição Municipal

Valor Total dos Serviços

Base de Cálculo do ISSQN

Valor do ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares
REG.: Sumaré N/P 219.720
PEDIDO 36387/984-1 CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA FAVOR CONFIRMAR 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.

Reservado ao FISCO



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente			Agência/Código Cedente	Vencimento
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			4522/40077-1	28/10/2024
Sacador/Avalista			Número do Documento	Nosso Número
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			193775/1	109/00323647-0
Espécie	Quantidade	Valor	(=)Valor Documento	(-)Descontos/Abatimentos
R\$		X	R\$ 4.480,24	
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado
CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93				
END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUI/SP				



Banco Itaú S/A

Banco

341-7

34191.09008 32364.704521 24007.710007 1 98830000448024

Local de Pagamento						Vencimento
Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencimento, somente no ITAU.						28/10/2024
Cedente						Agência/Código Cedente
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						4522/40077-1
Data Documento	Número do Documento	Espécie Doc	Aceite	Data Processamento	Nosso Número	
30/09/2024	193775/1	RC	N	30/09/2024	109/00323647-0	
Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade	(x)Valor	
		109	R\$		R\$ 4.480,24	
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)						(-)Descontos/Abatimentos
APÓS VENCIMENTO COBRAR R\$ 1,34 POR DIA DE ATRASO						
APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 89,60						(-)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						



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03396.98830 00110.869590 15711.500000 0 01835040101

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E **CPF/CNPJ:** 44.672.062/0001-15

Nome/Razão Social: DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA E

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 11086.95

Valor Calculado (R\$): 11101.72

Juros (R\$): 14.77

Valor Pago (R\$): 11101.72

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637366734

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

 DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA RUA DOUTOR JORGE LOBATO, 1410 VILA TIBERIO - 14050-110 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1637715458		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.025.897 Série 001 Folha 1/2												
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		CHAVE DE ACESSO 3524 0944 6720 6200 0115 5500 1000 0258 9710 0267 4967 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 135242183801497 - 30/09/2024 16:26:55										
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 30/09/2024									
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 050			BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064	DATA DA SAÍDA/ENTRADA									
MUNICÍPIO GARÇA			UF SP	FONE / FAX 16992288028	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. 28/10/2024 Valor R\$ 11.086,95														
CÁLCULO DO IMPOSTO														
BASE CÁLC.ICMS 11.086,95	VALOR DO ICMS 1.500,89	VALOR DO ICMS-FCP 0,00	BASE CÁLC.ICMS S.T. 0,00	VALOR ICMS S.T. 0,00	VALOR ICMS S.T-FCP 0,00	TOTAL PRODUTOS 11.086,95								
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS 0,00	VALOR TOTAL IPI 0,00	VALOR IMPORTAÇÃO 0,00	TOTAL DA NOTA 11.086,95								
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 44	ESPÉCIE Volumes	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/ INJECAO SOL INJ CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2432163 Qt: 5 Val: 21/07/26 FCI:A6CD77AA-F39E-488C-BA2D-72B25F159151	30049099	500	5102	CX	5	40,1600	200,80	200,80	24,10			12,00	
757	(623) SOL. FISIO. CLORETO DE SODIO 9 MG/ML SOL INJ IV CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2432103 Qt: 5 Val: 09/07/26 FCI:418ABEA0-1891-43C0-AA5B-07D36799C477	30049099	500	5102	CX	5	39,7600	198,80	198,80	23,86			12,00	
762	(715) SOL. FISIO. DE CLORETO DE SODIO CX/70 100ML 9MG/ML INJ IV FR SIST FECH EQUIPLEX R+ Lote: 2410914 Qt: 15 Val: 06/02/26 FCI:A3B2BA2C-97D2-40D0-A9AA-49CEF5A2EFBC	30049099	500	5102	CX	15	228,2000	3.423,00	3.423,00	410,76			12,00	
DADOS ADICIONAIS							RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: PEDIDO BIONEXO 363877984 CONTATO ANDERSON CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA PEDIDO DE COMPRA: PDC#363877984#BIONEXO Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 266983 ATENDIMENTO (16) 3771-5458 DEVOLUCAO DE MERCADORIA NO PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS. AFE 3.11280-6 AFE 4.04495-0 AFE 1.27329-6 AE 1.27330-8 Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 1.491,20 Estadual: R\$ 1.330,44 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT (A) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. (C) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. ALIQUOTA ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO RICMS/SP-2000. (E) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. ALIQUOTA DO ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO LIVRO I DO RICMS/SP-2000. Regime Especial - 100320/2022 - Portaria CAT no 116/2017 ROTA: ENTREGA I DIA														

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.025.897
Série 001
Folha 2/2



CHAVE DE ACESSO

3524 0944 6720 6200 0115 5500 1000 0258 9710 0267 4967

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

INScrição ESTADUAL

INScrição ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

VENDA DE MERCADORIA

135242183801497 - 30/09/2024 16:26:55

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
760	(717) SOL. FISIO. DE CLORETO DE SODIO CX/24 500ML 9MG/ML INJ IV FR SIST FECH/EQUIPLEX O+ Lote: 2416080 Qt: 4 Val: 01/09/26 FCI:BCA57219-5E1D-4476-93F2-C0C7B74E513A	30049099	500	5102	CX	4	117,6000	470,40	470,40	56,45			12,00	
763	(733) SOL. FISIO. DE CLORETO DE SODIO CX/40 250ML 9MG/ML INJ IV FR SIST FECH EQUIPLEX O+ Lote: 2415848 Qt: 5 Val: 24/08/26 Lote: 2415898 Qt: 7 Val: 26/08/26 FCI:6A707300-2C6A-4137-A7BE-C5B85C1C4F8D	30049099	500	5102	CX	12	157,6000	1.891,20	1.891,20	226,94			12,00	
588	DIFENIDRIN 50 MG/ML SOL INJ CX 25 AMP X 1 ML - DIFENIDRAMINA CRISTALIA S+ Lote: 50015101 Qt: 1 Val: 05/06/27 FCI:CBE7A538-3D79-42FB-81BE-0B58BDE78989	30049039	500	5102	CX	1	518,7500	518,75	518,75	93,38			18,00	
1458	FOSFATO DE CLINDAMICINA 150 MG/ML INJ CX 100 AMP X 4 ML HIPOLABOR/AM G+ Lote: AA-054/23 Qt: 1 Val: 31/07/25 FCI:CE4A7A75-76DC-4195-BE86-A43465B59025	30032099	500	5102	CX	1	271,0000	271,00	271,00	32,52			12,00	
2467	MEROPENEM 1G CX 25 FA BIOCHIMICO G+ PMC: 7766.96 Lote: 010232 Qt: 4 Val: 31/05/26 FCI:D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	500	5102	CX	4	374,5000	1.498,00	1.498,00	179,76			12,00	
343	ONTRAX (ONDANSETRONA) 2 MG/ML SOL INJ CT 20 AMP VD AMB X 2 ML/BLAU S+ PMC: 1747.72 Lote: 24090816 Qt: 60 Val: 31/07/26 Lote: 24090826 Qt: 40 Val: 24/07/26 FCI:A4A57FCB-8473-4436-91F6-E8EEFEDC6C37	30049069	500	5102	CX	100	21,0000	2.100,00	2.100,00	378,00			18,00	
2070	SUCCINIL COLIN (SUXAMETONIO) 100 MG PO SOL INJ CT FA VD TRANS UNIAO QUIMICA S+ Lote: 2431155 Qt: 10 Val: 31/08/26 FCI:F7EEFB32-7173-4649-A713-9B1DD13B6A68	30049099	500	5102	UN	10	22,2000	222,00	222,00	39,96			18,00	
1487	SULFATO DE MORFINA 10 MG/ML SOL INJ CX 100 AMP VD AMB X 1 ML A1 HIPOLABOR/A1 G+ Lote: AZ-002/24M Qt: 1 Val: 31/01/26 FCI:EFF58194-C32F-47B9-A195-215575623054	30049099	500	5102	CX	1	293,0000	293,00	293,00	35,16			12,00	

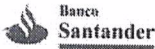
Impresso em 30/09/2024 as 19:22:17

www.geweb.com.br



RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115	Data do Documento 30/09/2024	Vencimento 28/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 25897-01	Nosso Número: 0018350	Valor do Documento: 11.086,95
Autenticação Mecânica			



033-0

03399.01571 11500.000002 18350.401016 6 98830001108695

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/10/2024
Beneficiário DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15					Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115
Data do documento: 30/09/2024	No. do documento 25897-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 30/09/2024	Nosso Número 0018350-4
Uso do Banco	Carteira 101	Espécie Moeda R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 11.086,95
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) PGTO/ATRASSO COBRAR MORA DE R\$ 7,39 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



Declaro ter recebido 158 unidade(s)/ 44 volumes
de DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA
LTDA

(44.672.062/0001-15) os produtos constantes
da nota fiscal 000025897 serie 001
e pedido 267496 de 30/09/2024

Pedido fornecedor: PDC#363877984#BIONEXO

Reclamações/Devoluções:
Prazo máximo 72 horas do recebimento

CIDADE GARCA-SP		ROTA ENTREGA 1 DIA	
CLIENTE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ 45.349.461/0001-02	
TRANSPORTADORA PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI			
NOTA 	DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	PEDIDO 

Ressalva em caso de divergência

- Foi constatado no ato do recebimento da Nota Fiscal 000025897

() Avaria () Falta () Excedente () Desacordo

Item: _____

Quantidade: _____

Lote: _____

No caso de avarias: () Avaria caixa interna () Avaria caixa externa

No caso de falta: () Falta de volume () Falta interna de produto

Ressalva em caso de não conferência

- Não foi feito a conferência interna da Nota Fiscal 000025897

MOTIVO: Transportadora não aceitou aguardar a conferência interna dos volumes.

Portanto conferimos apenas os volumes de embarque. A verificação interna dos produtos será feita após.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03391.98830 00035.118094 84501.300000 4 32013180104

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BANCO SOFISA S/A **CPF/CNPJ:** 60.889.128/0001-80

Nome/Razão Social: BANCO SOFISA S/A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3511.8

Valor Calculado (R\$): 3523.5

Juros (R\$): 11.7

Valor Pago (R\$): 3523.5

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637370801

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

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

Nº 795049
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3124 0911 2060 9900 0107 5500 1000 7950 4913 8385 3765

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131246210649707 30/09/2024 20:13:19

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
30/09/2024

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

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAIDA
01 OUT 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 28/10/2024 3.511,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.511,80		VALOR DO ICMS 403,31	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.510,37
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DO IPI 1,43	VALOR TOTAL DA NOTA 3.511,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE 36	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 218,56	PESO LÍQUIDO 218,56
------------------	------------------	-------	--------	----------------------	------------------------

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
OK 27572	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 30MM C/24-TECHNO-FIO LT 21240700 (1) 05/2029 (Fornecedor: 2420, Lote: 21240700, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 31/05/2029)	30061090	000	6108	CX	✓ 1	27,1900	27,19	27,19	3,26	0,00	12,00	0,00
OK 36038	NYLON PRETO 4/0 45CM 3/8 20MM C/24-DONATI LT 54E24 (1) 05/2029 (Fornecedor: 4557, Lote: 54E24, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 31/05/2029)	30061090	000	6108	CX	✓ 1	27,3800	27,38	27,38	3,29	0,00	12,00	0,00
OK 30101	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT L588 (2) 04/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L588, Qtde: 2, Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 12/04/2029)	90183119	100	6108	CX	✓ 2	69,5000	139,00	139,00	5,56		4,00	
OK 34871	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.08 C/20-ZELARA LT 0323101001 (1) 10/2028 (Fornecedor: 44-10, Lote: 0323101001, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 31/10/2028)	90183929	100	6108	CX	✓ 1	9,3200	9,32	9,32	0,37	0,00	4,00	0,00
OK 35398	SONDA FOLEY 3 VIAS N.18 30CC C/10-SEVENCA-RE LT 20230810 (1) 08/2028 (Fornecedor: 4481, Lote: 20230810, Qtde: 1, Data Fab: 10/08/2023, Data Val: 09/08/2028)	90183921	700	6108	CX	✓ 1	28,4100	28,41	28,41	3,41	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 363879006 - Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
||#R0P0V35 R10P1V1 #||
ITENS 3 a 4,8,13,15 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 220,48
Pedido: 764447
Pedido Cliente: 363879006
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: 1,48
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023 R\$ 0,00 (1,8%) e COFINS R\$ 0,00 (3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

Mercadoria avarada ou falhas
serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes

SUPERMED

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 795049
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3124 0911 2060 9900 0107 5500 1000 7950 4913 8385 3765

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131246210649707 30/09/2024 20:13:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13788	SONDA URETRAL N.06 C/10-BIOSANI LT 65124 (2) 06/2027 (Fornecedor: 7824, Lote: 6512-4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2027)	90183929	000	6108	PCT	2	4,8550	9,71	9,71	1,17	0,00	12,00	0,00
29250	FRALDA AD. EXTRA GDE.8PCT C/07 MAXI CONF LT 5290 (11) 08/2027 (Fornecedor: 28-44, Lote: 5290, Qtde: 11 ,Data Fab: 15/08/2024, Data Val: 15/08/2027)	96190000	000	6108	FD	11	75,7964	833,76	833,76	100,05	0,00	12,00	0,00
36132	GARROTE PARA FLEBOTOMIA EM TIRAS 36CM C/2-5-VACUPLAST LT 231974 (2) 01/2029 (Fornecedor: 2854, Lote: 231974, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2024, Data Val: 31/01/2029)	90189099	200	6108	CX	2	16,7200	33,44	33,44	1,34	0,00	4,00	0,00
20307	P.LENC 50CMX50M C/10 BCO-FORTCLEAN LT 250/24 (10) 06/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 250/24, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2029)	48030090	000	6108	CX	10	54,3440	543,44	543,44	65,21	0,00	12,00	0,00
20308	P.LENC 70CMX50M C/10 BCO-FORTCLEAN LT 422/24 (10) 08/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 422/24, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2029)	48030090	000	6108	CX	10	75,3120	753,12	753,12	90,37	0,00	12,00	0,00
23617	EQ. MACRO INJ. FILTRO AR+PARTIC 1, 5MT LS C/25-DESCARPACK LT QUE002A/24 (40) 03/2029 (Fornecedor: 918, Lote: QUE002A/2-4, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 31/03/2029)	90189010	700	6108	PCT	40	21,2225	848,90	848,90	101,87	0,00	12,00	0,00
21840	INF.MULT.2V C/CLAMP LS C/40-DESCARPACK LT QUE012C/24 (5) 03/2029 (Fornecedor: 918, Lote: QUE012C/24, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/0-4/2024, Data Val: 31/03/2029)	90189010	700	6108	PCT	5	23,3320	116,66	116,66	14,00	0,00	12,00	0,00
10732	SONDA ENDOTRAQUEAL PVC N.7,5 C/ CUFF C/1-0-SOLIDOR LT 29024012 (1) 01/2029 (Fornecedor: 2080, Lote: 29024012, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2024, Data Val: 31/01/2029)	90183929	200	6108	CX	1	33,6900	33,69	33,69	1,35	0,00	4,00	0,00
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 041 (20) 06/2027 (Fornecedor: 261, Lote: 041, Qtde: 20 ,Data Fab: 28/06/2022, Data Val: 28/06/2027)	44219900	000	6108	PCT	20	4,8400	96,80	96,80	11,62	0,00	12,00	0,00
34369	AP DESC BARBEAR 2L ZELACARE C/05 D211 - ZELARA LT HWT231008 (4) 11/2028 (Fornecedor: 4333, Lote: HWT231008, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 30/11/2028)	82121020	100	6108	PCT	4	2,3875	9,55	10,98	0,44	1,43	4,00	15,00

Mercadorias avariadas, ou falhas,
só serão repostas se forem relacionadas
- nos do transportes.

		033-7		03399.48457 01300.000435 20131.801043 1 98830000351180	
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 000004320131-8		Nr.Documento 8795049U	Data de Vencimento 28/10/2024	Valor do Documento R\$ 3.511,80	(=) Valor Pago R\$ 3.511,80
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 01300.000435 20131.801043 1 98830000351180	
Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/10/2024
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 30/09/2024	Número do Documento 8795049U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 18/10/2024	Nosso Número 000004320131-8
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 3.511,80
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 5,74					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 3.511,80
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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98830 00006.750010 90186.286167 4 823600000000

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BIOMEDICAL EQUIP P M CIR LTDA **CPF/CNPJ:** 51.943.645/0001-07

Nome/Razão Social: BIOMEDICAL EQUIP P M CIR LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 675

Valor Calculado (R\$): 679.04

Juros (R\$): 4.04

Valor Pago (R\$): 679.04

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637381762

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC			VALOR NOTA R\$ 675,00	NF-e Nº: 000.186.286 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		

 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 www.bio.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.186.286 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	
		CHAVE DE ACESSO 3524 0951 9436 4500 0107 5500 1000 1862 8610 0464 0324
		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 PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242185131279 - 30/09/2024 18:25:55
INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 30/09/2024
ENDEREÇO R DR ORLANDO T SANTOS, 50	BAIRRO/DISTRITO WILLIANS	CEP 17402-064	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 30/09/2024
MUNICÍPIO GARÇA	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 18:25:54

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	28/10/2024	675,00

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 675,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 171,79	VALOR TOTAL DA NOTA 675,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV PERI RONCHETTI, 583 JARDIM PERI			MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 1,008	PESO LIQUIDO 0,720	

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		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
CH7D20BW	Cateter para Subclavia Duplo Lumen para CVC, 7Fr x 20cm BW R.O.P.M: 0702040150 L: 43827 V: 07/2029 QT: 15 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:DA2A5A8C-0DAC-45DF-AEC6-E5E0642F3975	90183929	5 40	5101	UN	15,0000	45,000000	675,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	171,79

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 85215163	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CALCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSE PEDIDO: 168071 - P. PEDIDO DO CLIENTE: 363879006. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 90,79 (13,45%) Estadual: R\$ 81,00 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENCAO DO ICMS ATE 31/12/2024 NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 01/99 E ART. 14, ANEXO I, DO RICMS/SPCONTRATO DE GESTAO 001/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

Beneficiário		CNPJ/CPF			Sacador Avalista		Vencimento	
BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICINAIS LTDA		15.943.645/0001-07					28/10/2024	
Endereço Beneficiário/Sacador Avalista								
AVENIDA AMADOR AGUIAR, 1500 - CEP: 02998-020 - CITY JARAGUA - SAO PAULO - SP								
Nosso Numero		Carteira	Espécie	Quantidade		Valor		Agência/Código do Beneficiário
109/01862861-6		109	R\$					7482-9/36000-0
Data de Documento	Número do Documento	Espécie do Documento		Aceite	Data de Processamento		Valor do Documento	
30/09/2024	00186286	DM		N	02/10/2024		675,00	

Autenticação Mecânica

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO						Vencimento 28/10/2024
Beneficiário BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA					CNPJ/CPF 04.943.645/0001-07	Agência/Código do Beneficiário 7482-9/36000-0
Data do Documento 30/09/2024	Número do Documento 00186286		Espécie do Documento DM	Aceite N	Data Processamento 02/10/2024	Nosso Número 109/01862861-6
Uso do Banco	Carteira 109	Moeda R\$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento 675,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contatao o BENEFICIÁRIO. APÓS O VENCIMENTO COBRAR R\$ 2,03 DE JUROS MORA DIA NF(s) 186286						(-) Descontos/Abatimentos
						(+) Mora / Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS, 50 - CEP: 17402-064 - WILLIANS - GARÇA - SP						
Sacador/Avalista:						Código de Baixa:
CNPJ:						

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 15:16:28

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03392.98830 00039.999394 84501.300000 4 32013000104

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BANCO SOFISA S/A **CPF/CNPJ:** 60.889.128/0001-80

Nome/Razão Social: BANCO SOFISA S/A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3999.93

Valor Calculado (R\$): 4013.26

Juros (R\$): 13.33

Valor Pago (R\$): 4013.26

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637399467

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

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 722218
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO

3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7222 1811 4102 6814

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

135242186555612 30/09/2024 21:29:22

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
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
30/09/2024ENDEREÇO
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMSCEP
17402-064DATA ENTRADA SAIDA
01/001. 2024MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 28/10/2024 3.999,93

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.999,93	VALOR DO ICMS 614,34	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.999,93
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 3.999,93

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 35	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 97,28	PESO LÍQUIDO 97,28

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
✓ 27571	NYLON PRETO 2/0 45CM 3/8 30MM C/24-TECHNO-FIO LT 22240721 (1) 06/2029 (Fornecedor: 2420, Lote: 22240721, 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	
✓ 35754	SCALP N.21 PVC C/100-UNIQUED LT 20240105 (20) 01/2029 (Fornecedor: 4484, Lote: 202-40105, Qtde: 20, Data Fab: 05/01/2024, Data Val: 04/01/2029)	90183929	200	5102	CX	20	21,6200	432,40	432,40	77,83	0,00	18,00	0,00
✓ 13732	TORNEIRA DESC. 3V LOCK C/ 100-MARK MED LT 21680 (6) 04/2028 \ LT 20181 (1) 04/2027 (Fornecedor: 164, Lote: 21680, Qtde: 6, Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2028 / Fornecedor: 3328, Lote: 20181, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2023, Data Val: 30/04/2027)	90183190	000	5102	CX	7	59,4700	416,29	416,29	74,93	0,00	18,00	0,00
✓ 35128	LAMINA DE BISTURI N.15 ACO CARBONO C/100-UNIQUED LT SG230201B (1) 02/2028 (Fornecedor: 4484, Lote: SG230201B, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2023, Data Val: 28/02/2028)	90189099	000	5102	CX	1	23,7800	23,78	23,78	4,28	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 363879006 - Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira

||#R40V32 R35P12V3 #||

Pedido: 721037

Pedido Cliente: 363879006

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: 0,98

Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IPI 0,00 (3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

RECEBODIAS AVARIAS E/OU FALTAS
SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM
RELACIONADAS NO PIMUOTO DA
NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

SUPERMED

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 722218
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7222 1811 4102 6814

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

135242186555612 30/09/2024 21:29:22

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
35127	LAMINA DE BISTURI N.11 ACO CARBONO C/100- -UNIQUED LT SG230201A (1) 01/2028 (Forneced- cedor: 4484, Lote: SG230201A, Qtde: 1 ,Da- ta Fab: 01/02/2023, Data Val: 31/01/2028)	90189099	000	5102	CX	1	23,7800	23,78	23,78	4,28	0,00	18,00	0,00
29178	FILT.BAC.VIR.ELET.TIP.HEPA-SCAVMEDICAL LT 5804 (20) 08/2027 (Fornecedor: 2426, Lote: 5804, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2027)	90192010	000	5102	UND	20	9,1505	183,01	183,01	32,94	0,00	18,00	0,00
30099	SERINGA DESC.03ML SLIP C/250-SR LT L1158 (6) 07/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L115- 8, Qtde: 6 ,Data Fab: 18/07/2024, Data Val: 18/07/2029)	90183119	100	5102	CX	6	46,7750	280,65	280,65	33,68		12,00	
30095	SERINGA DESC.03ML SLIP C/500-SR LT L1181 (20) 07/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L11- 81, Qtde: 20 ,Data Fab: 23/07/2024, Data Val: 23/07/2029)	90183119	100	5102	CX	20	49,0500	981,00	981,00	117,72		12,00	
30092	SERINGA DESC.20ML LS C/500 INSULINA-SR LT L1335 (2) 08/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L1335, Qtde: 2 ,Data Fab: 14/08/2024, Data Val: 14/08/2029)	90183111	100	5102	CX	2	46,2500	92,50	92,50	11,10		12,00	
30100	SERINGA DESC.20ML LOCK C/250-SR LT L1325 (1) 08/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L132- 5, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/08/2024, Data Val: 13/08/2029)	90183119	100	5102	CX	1	74,7000	74,70	74,70	8,96		12,00	
34804	SONDA FOLEY LATEX 2VIAS C/CUFF N.18 15-3- 0CC C/10-SEVENCARE LT 20230810 (3) 08/2028 (Fornecedor: 4229, Lote: 20230810, Qtde: 3 ,Data Fab: 11/08/2023, Data Val: 09/08/20- 28)	90183921	700	5102	CX	3	20,0333	60,10	60,10	10,82	0,00	18,00	0,00
7685	AVENTAL DESC.ML 20GR(SOFT)BR.C/PUNHO C/10- -ANADONA LT 206-24 (25) 06/2026 (Forneced- dor: 17, Lote: 206-24, Qtde: 25 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2026)	62101000	000	5102	PCT	25	12,4180	310,45	310,45	55,88	0,00	18,00	0,00
35302	AG. P/RAQUI DESC. 276 X 3 1/2 C/ GUIA C/2- 5-KDL LT 20230802 (1) 08/2028 (Fornecedor: 67, Lote: 20230802, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/ 08/2023, Data Val: 02/08/2028)	90183219	200	5102	PCT	1	98,5100	98,51	98,51	11,82	0,00	12,00	0,00
35507	ALCOOL 70% ANTI-SEP.SACHE ESTERIL C/100-U- NIQUED LT 23082808 (5) 08/2028 (Forneced- dor: 4484, Lote: 23082808, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/09/2023, Data Val: 31/08/2028)	30059090	000	5102	CX	5	3,3300	16,65	16,65	3,00	0,00	18,00	0,00
28088	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/1000 REF.001301- 4-BIOTEC LT 24/A02876 (1) 06/2027 (Forneced- dor: 7710, Lote: 24/A02876, Qtde: 1 ,Da- ta Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2027)	90189010	000	5102	PCT	1	118,3000	118,30	118,30	21,29		18,00	
30719	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SOL MILLENIUM LT 02111061 (5) 12/2026 (Fornecedor: 1734, Lote: 02111061, Qtde: 15 ,Data Fab: 01/01/ 2022, Data Val: 31/12/2026)	90183219	200	5102	CX	15	5,5700	83,55	83,55	10,03		12,00	
35301	AG. P/ RAQUI DESC. 25G X 3 1/2''C/5- 0-KDL LT 20240410 (1) 04/2029 (Fornecedor: 67, Lote: 20240410, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/ 04/2024, Data Val: 09/04/2029)	90183219	200	5102	PCT	1	149,6000	149,60	149,60	17,95	0,00	12,00	0,00
35380	SONDA ENDOTRAQUEAL PVC N.8,5 C/ CUFF C/1- 0-WINMED LT 20230626 (1) 06/2028 (Forneced- dor: 3460, Lote: 20230626, Qtde: 1 ,Data Fab: 26/06/2023, Data Val: 25/06/2028)	90183929	200	5102	CX	1	25,3600	25,36	25,36	4,56	0,00	18,00	0,00
33146	CAT.UMBILICAL POLI.5.0 40CM PC-POLYMED LT 102268Q01 (4) 06/2027 (Fornecedor: 67, Lo- te: 102268Q01, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/07/2- 022, Data Val: 30/06/2027)	90183929	200	5102	PC	4	8,1700	32,68	32,68	5,88	0,00	18,00	0,00
34998	SCALP N.25 PVC COM 100-NAYR SAUDE LT 2022- 1215 (2) 12/2027 (Fornecedor: 3460, Lote: 20221215, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/12/2022, Data Val: 14/12/2027)	90183999	200	5102	CX	2	19,4100	38,82	38,82	6,99	0,00	18,00	0,00

SUPERMED

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 722218
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7222 1811 4102 6814

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
135242186555612 30/09/2024 21:29:22

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
35990	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELASTICO PACOTE C/- 50-MEGA LT 772500824 (20) 08/2026 (Fornecedo- cedor: 3948, Lote: 772500824, Qtde: 80 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/20- 26)	63079010	200	5102	PCT	80	3,8500	308,00	308,00	55,44	0,00	18,00	0,00
35338	COBERTURA P/OBITO PLASTICA 90X2,00 G C/- 5-PIRENOPOLIS LT 3464 (3) 08/2029 (Fornecedo- cedor: 4472, Lote: 3464, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2029)	39232190	000	5102	PCT	3	41,2700	123,81	123,81	22,29	0,00	18,00	0,00
30001	COBERT P/ OBITO PLAST. 60X1,50 INF - TA- MANHO M C/5- NEW LT 601/ (1) 03/2028 \ LT 601/ (2) 06/2028 (Fornecedo- cedor: 4284, Lote: 601/, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/03/2023, Data Val: 13/03/2028 / Fornecedo- cedor: 4450, Lote: 601/, Qtde: 2 ,Data Fab: 12/06/2020, Data Val: 12/06/2028)	39232190	000	5102	PCT	3	32,9333	98,80	98,80	17,78	0,00	18,00	0,00



033-7

03399.48457 01300.000435 20130.001041 2 98830000399993

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 000004320130-0	Nr.Documento 6722218U	Data de Vencimento 28/10/2024	Valor do Documento R\$ 3.999,93	(=) Valor Pago R\$ 3.999,93
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

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

Agência/Código do Beneficiário 3689/4845013	Autenticação Mecânica
--	-----------------------



033-7

03399.48457 01300.000435 20130.001041 2 98830000399993

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/10/2024
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 30/09/2024	Número do Documento 6722218U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 18/10/2024	Nosso Número 000004320130-0
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 3.999,93
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 6,54					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 3.999,93

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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00194.98830 00054.983500 00002.080513 0 00002869017

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: MED CENTER COMERCIAL LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 5498.35

Valor Calculado (R\$): 5635.81

Juros (R\$): 27.5

Valor Pago (R\$): 5635.81

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 109.96

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637411614

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

MED CENTER COMERCIAL LTDA		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica											
ROD BR 459, 0, SN KM 99 - SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552-484 Fone: (35)3449-1950		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.572.112 Série 001 Folha 1/3		CHAVE DE ACESSO 3124 0900 8749 2900 0140 5500 1000 5721 1210 6032 2287									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131246209825863 30/09/2024 15:17:46		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 5259495840034		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO 813015791118		CNPJ / CPF 00.874.929/0001-40									
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02									
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50				DATA DA EMISSÃO 30/09/2024									
MUNICÍPIO GARÇA				CEP 17402-064									
UF SP				DATA DA SAÍDA 30/09/2024									
TELEFONE / FAX (11)3374-8438				HORA DA SAÍDA 15:15:17									
FATURA													
DADOS DA FATURA Número: 000572112 - Valor Original: R\$ 5.498,35 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 5.498,35													
PARCELAS													
Número : 001 Vencimento : 28/10/2024 Valor : R\$ 5.498,35													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.455,35		VALOR DO ICMS 255,04		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. 0,00									
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO ICMS SUBST. 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.498,35									
VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 5.498,35									
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00											
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE		CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO									
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 41		MUNICÍPIO SANTOS		UF SP									
QUANTIDADE 19		ESPÉCIE VOLUME(S)		CNPJ / CPF 12.270.745/0001-50									
MARCA		NUMERAÇÃO 606209		INSCRIÇÃO ESTADUAL 633751854115									
		PESO BRUTO 114,400		PESO LÍQUIDO 114,400									
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS IPI
864900	ATADURA DE RAYON 7.5 CM X 5 MT ESTERIL 082024/FAB.G1/08/24/VAL.30/07/29 C.P. ANVISA 0008003400030 LOTE: 082024 QTD: 10,00 FAB: 01/08/2024 VAL: 30/07/2029 C.AGREGAÇÃO: 0	30059090	300	6108	RL	10,00	4,5000	0,00	45,00	45,00	1,80	0,00	4,00 0,00
1212200	CATETER 14 SIMPLES - INT / 113566A/FAB.01/01/24/VAL.31/12/28 C/ 100 UN LOTE: 113566A QTD: 2,00 FAB: 01/01/2024 VAL: 31/12/2028 C.AGREGAÇÃO: 0	90183926	240	6108	CV	2,00	71,0000	0,00	142,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Produtos Isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/ - Valor ICMS UF Destino R\$: 366,92 CUBAGEM: 0.376094 BOLETO - ID 363879006.1 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #Endereco de Entrega: Rua Luiz Martins Cruz, 63, Jd Lago Azul, 13294394, LOUVEIRA/SP - Pedido: 606209 - Volume M3: 0,376094 - Rota: 8 - 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													

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 01/10/2024 08:24:54

nsdocs - <https://app.nsdocs.com.br>

MED CENTER COMERCIAL LTDA		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica			
ROD BR 459, 0, SN KM 99 - SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552-484 Fone: (35)3449-1950		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.572.112 Série 001 Folha 3/3		CHAVE DE ACESSO 3124 0900 8749 2900 0140 5500 1000 5721 1210 6032 2287	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 5259495840034		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO 813015791118		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131246209825863 30/09/2024 15:17:46	
				CNPJ / CPF 00.874.929/0001-40	

BANCO DO BRASIL

001-9

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO

MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001

AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO

0368-9/00001162

N. DO DOCUMENTO

572112/01

PAGADOR

13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NOSSO NÚMERO

208051300000286

VENCIMENTO

28/10/2024

RECEBI(EMOS) O BLOQUETO

ASSINATURA

VALOR DO DOCUMENTO

5.498,35

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO

30/09/2024

BANCO DO BRASIL

001-9

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO

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

ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO

30/09/2024

NO. DO DOCUMENTO

572112/01

ESPÉCIE DOC.

DM

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

30/09/2024

USO DO BANCO

CIP

CARTEIRA

17

MOEDA

R\$

QUANTIDADE

VALOR

X

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

Após 28/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

VENCIMENTO

28/10/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

0368-9/00001162-2

CART. / NOSSO NÚMERO

20805130000028690

1 (=) VALOR DO DOCUMENTO

5.498,35

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

PAGADOR

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

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARCA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02080.513001 00028.690170 4 98830000549835

LOCAL DE PAGAMENTO

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO

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

ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO

30/09/2024

Nº DO DOCUMENTO

572112/01

ESPÉCIE DOC.

DM

ACEITE

N

DATA DO PROCESSAMENTO

30/09/2024

USO DO BANCO

CIP

CARTEIRA

17

MOEDA

R\$

QUANTIDADE

VALOR

X

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

Após 28/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

VENCIMENTO

28/10/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

0368-9/00001162-2

CART. / NOSSO NÚMERO

20805130000028690

1 (=) VALOR DO DOCUMENTO

5.498,35

2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS

3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES

4 (+) MORA / MULTA / JUROS

5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS

6 (=) VALOR COBRADO

PAGADOR

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

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

17402064 GARCA

SACADOR/AVALISTA

WILLIAMS

SP

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03392.98830 00027.098294 84501.300000 4 32013260104

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: BANCO SOFISA S/A **CPF/CNPJ:** 60.889.128/0001-80

Nome/Razão Social: BANCO SOFISA S/A

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2709.82

Valor Calculado (R\$): 2718.83

Juros (R\$): 9.01

Valor Pago (R\$): 2718.83

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637428424

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

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 795053
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3124 0911 2060 9900 0107 5500 1000 7950 5311 2552 8635

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131246210687775 30/09/2024 20:35:09

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
30/09/2024

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

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRADA/SAIDA
01 OUT 2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 28/10/2024 2.709,82

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.709,82	VALOR DO ICMS 317,86	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.709,82
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 2.709,82

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	MUNICÍPIO POUSO ALEGRE	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 3,31	PESO LÍQUIDO 3,31

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
✓ 14239	SALBUTAMOL (AEROFRIN) AEROSOL 100MCG/DOSE 200 DOSES-PHARMASCIENCE LT 2422841 (5) 06/ 2026 (Fornecedor: 4174, Lote: 2422841, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2026)	30049099	200	6108	FR	5	18,3000	91,50	91,50	3,66	0,00	4,00	0,00
✓ 13893	REGENCEL POM.OFTALM.3,5G-LATINOFARMA LT 50016882 (4) 07/2026 (Fornecedor: 2591, Lote: 50016882, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/07/- 2024, Data Val: 31/07/2026)	30049059	000	6108	TB	4	12,6900	50,76	50,76	6,09	0,00	12,00	0,00
✓ 11199	PARINEX 5000UI 0,25ML 50AMP-HIPOLABOR LT U013/24M (1) 08/2025 (Fornecedor: 1898, Lote: U013/24M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/- 2024, Data Val: 31/08/2025)	30049099	000	6108	CX	1	316,2700	316,27	316,27	37,95	0,00	12,00	0,00
✓ 12046	HYPOCAINA 2% C/V 25FAM 20ML-HYPOFARMA LT 24061655 (1) 06/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24061655, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/- 2024, Data Val: 30/06/2026)	30039053	000	6108	CX	1	145,6000	145,60	145,60	17,47	0,00	12,00	0,00
✓ 14292	KETAMIN NP (C1) 50MG/ML 25AMP 2ML-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 50013405 (4) 04/2026 (Fornecedor: 2591, Lote: 50013405, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/20- 26)	30049032	000	6108	CX	4	421,6000	1.686,40	1.686,40	202,37	0,00	12,00	0,00

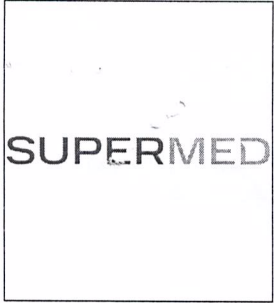
DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 363877984 - Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira
||#R5P3V1 R26P1V1 #||
ITEM 1 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 151,03
Pedido: 764406
Pedido Cliente: 363877984
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: 0,01
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023 (4,00%) e 2.145/2023 (4,00%) e 2.145/2023 (4,00%)
(3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

Mercadoria avariada ou falha
só serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 795053
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3124 0911 2060 9900 0107 5500 1000 7950 5311 2552 8635

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131246210687775 30/09/2024 20:35:09

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
✓ 27145	BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-U.QUIMICA LT 2352253.A (4) 11/2026 (Fornecedor: 1390, Lote: 2352253.A, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 30/11/2026)	30049045	500	6108	CX	4	78,6800	314,72	314,72	37,77	0,00	12,00	0,00
✓ 29644	HYFREN 1MG/ML 100AMP 1ML-HYPOFARMA LT 240-20594 (1) 02/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24020594, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/2026)	30039099	000	6108	CX	1	104,5700	104,57	104,57	12,55		12,00	

Mercadoria avariada, ou falhas
só serão repostas se forem relacionadas
ao recebimento de transportes



033-7

03399.48457 01300.000435 20132.601046 2 98830000270982

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 000004320132-6	Nr.Documento 8795053U	Data de Vencimento 28/10/2024	Valor do Documento R\$ 2.709,82	(=) Valor Pago R\$ 2.709,82
--------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

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 01300.000435 20132.601046 2 98830000270982

Local de pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 28/10/2024
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 30/09/2024	Número do Documento 8795053U	Espécie Doc DM	Aceite NAO ACEITO	Data do Processamento 18/10/2024	Nosso Número 000004320132-6
Uso do Banco	Carteira ELETR C/REG	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 2.709,82
Instruções JUROS DIARIO DE R\$ 4,43					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado R\$ 2.709,82

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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: MONEY PLUS SOCIEDADE DE CREDITO AO MICRO

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 27491.98830 00007.000000 01012.918000 7 91381180630

Instituição Emissora - Nome do Banco: MONEY PLUS SOCIEDADE DE CREDITO AO MICRO

Código do Banco: 274 **Código do ISPB:** 11581339

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: FOX INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS E HO **CPF/CNPJ:** 28.791.011/0001-56

Nome/Razão Social: FOX INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS E HO

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 28/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 700

Valor Calculado (R\$): 719.6

Juros (R\$): 5.6

Valor Pago (R\$): 719.6

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 14

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637440168

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE33849

FOX

FOX INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS E HOSPITALARES

R LUIZ CARLOS BRUNELLO, 359

CHACARAS SAO BENTO - 13278-074

Valinhos - SP Fone: (19) 3846-6147

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 28.762

Série 1

Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3524 0928 7910 1100 0156 5500 1000 0287 6218 6789 3728

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

135242182344768 - 30/09/2024 14:31:38

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Producao do Estabelecimento

INSCRIÇÃO ESTADUAL

708.242.384.112

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

28.791.011/0001-56

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

Rua Doutor Orlando Thiago Santos, S/N - SALA 03

MUNICÍPIO

Garça

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/09/2024

BAIRRO / DISTRITO

Williams

CEP

17402-064

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

30/09/2024

UF

SP

fone / FAX

(14) 3532-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

14:31:33

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num.

001

Venc.

28/10/2024

Valor

R\$ 700,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
700,00	126,00	0,00	0,00	0,00	4,55	700,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,00	700,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

(0) Remetente (CIF)

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO (KG)

10,000

PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
5-17-00003	AVENTAL LAMINADO MANGA LONGA 50GRS 100 X 140	62101000	000	5101	UN	250	2,80	700,00	700,00	126,00	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: VALIDADE 09/2027 - ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA LUIZ MARTINS CRUZ, No 63 - JARDIM LAGO AZUL LOUVEIRA/SP - CEP: 13294-394 - CONTRATO GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

Produto destinado a Consumidor Final.

Trib aprox R\$ 94,15 Federal e R\$ 126,00 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br - 19CB11 Pedido: 363879006-1

RESERVADO AO FISCO

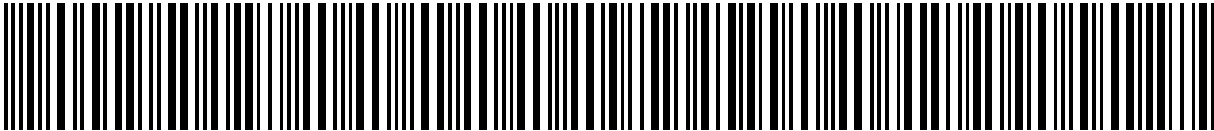
Impresso em 30/09/2024 as 14:31:40

v. 4.0.1 - Powered by Omiexperience S/A © 2024, www.omie.com.br

274		274		27490.00101 12918.000790 13811.806309 1 98830000070000 - Recibo do Sacado	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.				VENCIMENTO 28/10/2024	
BENEFICIÁRIO FOX IND E COMERCIO DE MATERIAIS MEDIC CNPJ : 28791011000156 R LUIZ CARLOS BRUNELLO,359 CHAC SÃO BENTO VALINHOS SP				AGÊNCIA Nº/COD BENEFICIÁRIO 0001/8118063-0	
DATA DE EMISSÃO 30/09/2024	Nº DO DOCUMENTO 028762/001	ESPECIE DOC. DM	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 01/10/2024	
USO DO BANCO	CARTEIRA 001	ESPECIE R\$	QUANTIDADE DE MOEDA	VALOR DA MOEDA	
				NOSSO NÚMERO 001/001/29180007913-4	
				(-)VALOR DO DOCUMENTO 700,00	
AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE CAMPO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DA EMPRESA. OBS: Título referente à NFe de Nº 28762 COBRAR JUROS DE R\$2,80 POR DIA DE ATRASO. MULTA DE 2,00% APÓS O VENCIMENTO.				(-)DESCONTO ABATIMENTO	
				(-)OUTRAS DEDUÇÕES	
				(+MORA/MULTA	
				(+OUTROS ACRÉSCIMOS	
				(=)VALOR COBRADO:	
PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D - CNPJ: 45349461000102 Rua Doutor Orlando Thiago Santos S/N - Williams Garca/SP - 17402064					
BENEFICIÁRIO FINAL:					



274		274		27490.00101 12918.000790 13811.806309 1 98830000070000	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO.				VENCIMENTO 28/10/2024	
BENEFICIÁRIO FOX IND E COMERCIO DE MATERIAIS MEDIC CNPJ : 28791011000156 R LUIZ CARLOS BRUNELLO,359 CHAC SÃO BENTO VALINHOS SP				AGÊNCIA Nº/COD BENEFICIÁRIO 0001/8118063-0	
DATA DE EMISSÃO 30/09/2024	Nº DO DOCUMENTO 028762/001	ESPECIE DOC. DM	ACEITE N	DATA PROCESSAMENTO 01/10/2024	
USO DO BANCO	CARTEIRA 001	ESPECIE R\$	QUANTIDADE DE MOEDA	VALOR DA MOEDA	
				NOSSO NÚMERO 001/001/29180007913-4	
				(-)VALOR DO DOCUMENTO 700,00	
AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE CAMPO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DA EMPRESA. OBS: Título referente à NFe de Nº 28762 COBRAR JUROS DE R\$2,80 POR DIA DE ATRASO. MULTA DE 2,00% APÓS O VENCIMENTO.				(-)DESCONTO ABATIMENTO	
				(-)OUTRAS DEDUÇÕES	
				(+MORA/MULTA	
				(+OUTROS ACRÉSCIMOS	
				(=)VALOR COBRADO:	
PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D - CNPJ: 45349461000102 Rua Doutor Orlando Thiago Santos S/N - Williams Garca/SP - 17402064					
BENEFICIÁRIO FINAL:					



Ficha de
compensação
Autenticação Mecânica

-----Corte Aqui-----



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

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

Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000048 71000.070301 7 98830000010000
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:	28/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	100,00
Juros (R\$):	0,40
IOF (R\$):	0,00

Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	100,40
Valor Pago (R\$):	100,40

Data/hora da operação:	30/10/2024 10:10:01
------------------------	---------------------

Código da operação:	37637456570
Chave de segurança:	01HSJWSNH3SZFTFJ

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 18/10/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 100,00

DATA DO RECEBIMENTO:IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:

NF-e

Nº 000.008.323

SÉRIE 5

Rede
MonteCarlo

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 000.008.323

SÉRIE 5

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524 1072 9118 3700 0284 5500 5000 0083 2310 0140 9842

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
135242356425694 18/10/2024 19:23:27

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF:
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO:
18/10/2024

ENDEREÇO:
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO:
WILLIAMS

CEP:
17402064

DATA DE SAÍDA / ENTRADA:
18/10/2024

MUNICÍPIO:
GARÇA

FONE/FAX:
1938483554

UF:
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ISENTO

HORA DE SAÍDA:

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS:
0,00

VALOR DO ICMS:
0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.:
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO:
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
100,00

VALOR DO FRETE:
0,00

VALOR DO SEGURO:
0,00

DESCONTO:
0,00

OUT. DESP. ACESSÓRIAS:
0,00

VALOR DO IPI:
0,00

VALOR TOTAL DA NOTA:
100,00

TRANSPORTADOS / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:

FRETE POR CONTA:
9 - SEM FRETE

CÓDIGO ANTT:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

QUANTIDADE:

ESPECIE:

MARCA:

NUMERAÇÃO:

PESO BRUTO:

PESO LÍQUIDO:

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS														
COD. PROD.	COD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	COD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
2	320102002	GASOLINA ADITIVADA	33,41	27101259	061	5656	L	14,948	6,69	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
Wallace Almeida Diretor Administrativo Hospital Santa Antônio														

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PLACA: SYC1G14 KM: 11858 MOTORISTA: WALLACE
ICMS a ser recolhido e repassado nos termos do Capítulo V do Convênio ICMS nº 15/23.
Tributos aproximados: R\$ 12,90 (12,90%) Federal, R\$ 20,51 (20,51%) Estadual, R\$ 0,00 (0,00%) Municipal
- Fonte: IBPT - SP 19CB11

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Aviso de Compra no Estabelecimento

De ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA <nfe@redemontecarlo.com.br>
Data Sex, 18.10.2024 15:24
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 18/10/2024 19:23.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

LOUVEIRA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM: 11858	Média KM:	HM:
Motorista: WALLACE	Veículo:	Placa: SYC1G14
Cupom Fiscal: 8323	Nota Fiscal: 8323	

Mercadoria / Serviço	Quantidade	Unitário	Desconto	Total
GASOLINA ADITIVADA	14,948 L	R\$ 6,690	R\$ 0,00	R\$ 100,00
Valor Total			R\$ 0,00	R\$ 100,00

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

ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
CNPJ 72.911.837/0002-64 IE: 421000607117
ESTRADA ANHANGUEIRA, 72 - 67 - LOUVEIRA/SP
AUTORIZACAO PARA ABASTECIMENTO

Data: 18/10/2024

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: 11858

Veiculos.:

Motorista: WALLACE

Valor....: 100,00

Forma de Pagamento.:NOTAS A COBRAR

Cupom.:8323

Reconheço que pagarei a quantia supra

Home Completo:



DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

21/10/2024 15:18

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 10489243
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 21/10/2024
Vencimento: 28/10/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
	8323	18/10/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	14,95		11858		GASOLINA ADITIVADA	6,690	100,000	6,690	100,000
												Total de litros: 14,95	
												Valor Total: 100,00	

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor total faturado: 100,00

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
GASOLINA ADITIVADA	14,95	100,00	100,00

Comprovante de Entrega



Bradesco

|237-2|

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 28/10/2024	Nº do Documento 10489243
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02		Carteira / Nosso Número 009/96910000471-6	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 100,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.				Data de Processamento 21/10/2024
Recebi(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data	Entregador

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)
() Mudou-se () Ausente () Não existe n. indicado () Recusado () Não Procurado
() Desconhecido () Falecido () Endereço insuficiente () Outros (anotar no verso)

Recibo do Pagador



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000048 71000.070301 7 98830000010000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA		Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000471-6
Número do documento 10489243	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 28/10/2024	Valor documento R\$ 100,00		
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado	

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

Instruções
Título Cedido à Sifra S/A
Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.
JUROS DE MORA DE R\$ 0,20 AO DIA.
NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Corte na linha pontilhada



Bradesco

|237-2|

23793.39100 99691.000048 71000.070301 7 98830000010000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.						Vencimento 28/10/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84						Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 21/10/2024		Ng documento 10489243		Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 21/10/2024
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	Carteira / Nosso número 009/96910000471-6
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)						(=) Valor documento R\$ 100,00
						(-) Desconto / Abatimentos
						(-) Outras deduções
						(+) Mora / Multa
						(+) Outros acréscimos
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064						(=) Valor cobrado
Pagador / Avalista						Código de Baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23791.98840 00034.579433 98024.277000 0 33300028310

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT **CPF/CNPJ:** 11.206.099/0001-07

Nome/Razão Social: SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC.HOSP.BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 29/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3457.94

Valor Calculado (R\$): 3463.7

Juros (R\$): 5.76

Valor Pago (R\$): 3463.7

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637469308

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

SUPERMED

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 722632
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7226 3210 2358 0138

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
135242195972193 01/10/2024 18:06:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
01/10/2024

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

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
01/10/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 29/10/2024 3.457,94

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.457,94	465,39	0,00	0,00	3.457,94
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
				3.457,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXA			19,87	19,87

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
7142	AMICACINA 250MG/ML 50AMP 2ML GEN-TEUTO LT 9070156 (1) 08/2025 (Fornecedor: 4434, Lote: 9070156, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2023, Data Val: 31/08/2025)	30049099	000	5102	CX	1	149,0000	149,00	149,00	17,88	0,00	12,00	0,00
29389	BECA 1MG/ML EST C/ 5 AMP 5ML-HALEX LT 000-0189591 (4) 08/2026 (Fornecedor: 18878, Lote: 0000189591, Qtde: 4, Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2026)	30049039	000	5102	CX	4	79,1950	316,78	316,78	57,02		18,00	
22406	ENOXAPARINA (CUTENOX SD) 20MG 10SER. 0,2ML IV/SC-MYLAN LT A4500003 (2) 12/2024 (Fornecedor: 7767, Lote: A4500003, Qtde: 2, Data Fab: 01/01/2023, Data Val: 31/12/2024)	30049099	200	5102	CX	2	103,3600	206,72	206,72	37,21	0,00	18,00	0,00
25726	FENOCRIS (B1) 200MG 25AMP 2ML-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 50015100 (1) 06/2026 (Fornecedor: 2591, Lote: 50015100, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2026)	30049069	500	5102	CX	1	61,1000	61,10	61,10	11,00	0,00	18,00	0,00
26930	CETOPROFENO 100 MG IM 100 AMP 2ML GEN - LT BG-006/24 (12) 04/2026 (Fornecedor: 1898, Lote: BG-006/24, Qtde: 12, Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 30/04/2026)	30049029	500	5102	CX	12	143,8800	1.726,56	1.726,56	207,19		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
ID 363877984 - Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira ||#R39V1 R35P11V1 R36P6V1 #||
Pedido: 720954
DESCONTO DE R\$ 0,03 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
ACRESCIMO FINANCEIRO DE R\$ 0,03 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
Pedido Cliente: 363877984
End. Entrega: RUA LUIS MARTINS CRUZ, Nº 63, 0 - SANTO ANTONIO - 13290-000, LOUVEIRA-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 2 Cubagem: 0,05
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023 - IPI R\$ 0,00 - IPI R\$ 0,00 - IPI R\$ 0,00 (3,65%) e CSLL R\$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO
DE TRANSPORTE

SUPERMED

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 722632
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7226 3210 2358 0138

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

135242195972193 01/10/2024 18:06:00

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
30477	BICARB.SODIO 8,4% (40FR) 250ML-JP LT 9435 24 (1) 08/2026 (Fornecedor: 1651, Lote: 9435 24, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2026)	30049099	000	5102	CX	✓ ①	741,7800	741,78	741,78	89,01		12,00	
36182	HEPTRIS SD 40MG 10 SERINGAS (IV/SC)-MYLA LT AB06623C (2) 02/2026 (Fornecedor: 7767, Lote: AB06623C, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/- 2024, Data Val: 28/02/2026)	30049099	200	5102	CX	✓ ②	128,0000	256,00	256,00	46,08	0,00	18,00	0,00



237-2

23793.39803 24277.000030 33000.283102 1 98840000345794

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

Sacador/Avalista

Nosso Número 42770000333-	Nr.Documento 6722632U	Data de Vencimento 29/10/2024	Valor do Documento R\$ 3.457,94	(=) Valor Pago R\$ 3.457,94
------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT CPF/CNPJ: 11.206.099/0004-41
AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 2937 BLOCO A3 ANDAR
SALA - JABAQUARA
04308-970 SAO PAULO - SP

Agência/Código do Beneficiário
3398/0002831

Autenticação Mecânica



237-2

23793.39803 24277.000030 33000.283102 1 98840000345794

Local de pagamento PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU NO BRADESCO EXPRESSO	Vencimento 29/10/2024
--	--------------------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUT CPF/CNPJ: 11.206.099/0004-41
AV ENGENHEIRO ARMANDO DE ARRUDA PEREIRA, 2937 BLOCO A3 ANDAR
SALA - JABAQUARA
04308-970 SAO PAULO - SP

Agência/Código do Cedente
3398/0002831

Data do Documento 01/10/2024	Número do Documento 6722632U	Espécie Doc DM	Aceite 0	Data do Processamento 21/10/2024	Nosso Número 42770000333
Uso do Banco	Carteira 002	Espécie REAL	Quantidade	Valor Moeda	Valor do Documento R\$ 3.457,94

Instruções
*** VALORES EXPRESSOS EM REAIS
JUROS POR DIA DE ATRASO.....R\$ 5,76

(-) Desconto/Abatimento
(+) Juros/Multa
(=) Valor Cobrado R\$ 3.457,94

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

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23796.98850 00006.000066 27094.275000 0 03700029910

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CPS COMERCIAL **CPF/CNPJ:** 11.119.750/0001-01

Nome/Razão Social: CPS COMERCIAL

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASS. HOSP. BEN DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 600

Valor Calculado (R\$): 600

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 600

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637473638

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

[illegible]

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 30/10/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV RICARDO BASSOLI CEZARE, 1517 - - JARDIM DAS BANDEIRAS 13050-080 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 01/10/2024		Nº do documento 65	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 01/10/2024	Nosso Número 09/00/000004275-3
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						
Recebimento através do cheque nº. _____ do Banco						
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.						
Recibo do Sacado						
Autenticação Mecânica						



Corte aqui

Local de Pagamento Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Data de Vencimento 30/10/2024	
Beneficiário CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01 AV RICARDO BASSOLI CEZARE, 1517 - - JARDIM DAS BANDEIRAS 13050-080 - CAMPINAS - SP					Agência/Código Cedente 6627-/0002991-2	
Data do Doc. 01/10/2024		Nº do documento 65	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 01/10/2024	Nosso Número 09/00/000004275-3
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 às 18h, exceto feriados

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34198.98850 00006.052010 90001.439490 1 36553047000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 605.2

Valor Calculado (R\$): 605.2

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 605.2

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637498919

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº 106.502
SÉRIE 001
FOLHA 1/1



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

135242206082532 02/10/2024 17:15:00

05.626.896/0001-32

17:14:55

605 20

PESO LÍQUIDO

[illegible]

RESERVADO AO FISCO

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Ficha de Caixa			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/10/2024	
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 02/10/2024		Nº do Documento 000000106502A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/10/2024	Carteira/Nosso Número 109/00014394-9
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 605,20
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2,00 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12,10 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106502A-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:						109/00014394-9	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/10/2024	
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 02/10/2024		Nº do Documento 000000106502A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/10/2024	Carteira/Nosso Número 109/00014394-9
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 605,20
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2,00 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12,10 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106502A-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:						109/00014394-9	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01439.490135 65530.470007 8 98850000060520			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/10/2024	
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 02/10/2024		Nº do Documento 000000106502A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/10/2024	Carteira/Nosso Número 109/00014394-9
Uso do Banco			Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 605,20
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2,00 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12,10 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106502A-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:						109/00014394-9	



Autenticação mecânica / Ficha de Compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00194.98850 00021.000000 00002.094709 0 00253088817

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: LOCALIZA FLEET S.A. **CPF/CNPJ:** 02.286.479/0001-08

Nome/Razão Social: LOCALIZA FLEET S.A.

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2100

Valor Calculado (R\$): 2100

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 2100

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637506919

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Referente à Fatura
(compensação)

LOCALIZA FLEET S/A



Av. Bernardo Vasconcelos, 377 - Cachoeirinha

CEP: 31150-000 - Belo Horizonte - MG

CNPJ: 02.286.479/0001-08 INSC. MUN.: 138.256/001-7

CLIENTE:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	FATURA	
ENDEREÇO:	RUA R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS	NÚMERO:	AFMTZ 1873861
CEP/CID/UF:	17402064 GARCA SP	VENCIMENTO:	30/10/2024
CNPJ/CPF:	45.349.461/0001-02	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	04/10/2024
EMISSION:		04/10/2024	
DESCRÇÃO		VALOR (R\$)	
ALUGUEL - CARRO PROVISORIO		2.100,00	
		VALOR TOTAL 2.100,00	
OBSERVAÇÕES			

Sacado		Cedente		Vencimento	Recibo do Sacado
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		LOCALIZA FLEET S/A		30/10/2024	
Agência/Código Cedente	Nosso Número	Número Documento	Valor Documento	Autenticação Mecânica	
3.308-1/XXXX-X	2094709000253088-8	AFMTZ 1873861	2.100,00		



001-9 | 00190.00009 02094.709009 02530.888177 4 98850000210000

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA.					30/10/2024	
Cedente					Agência/Código Cedente	
LOCALIZA FLEET S/A					3.308-1/XXXX-X	
Data do Documento	No Documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
04/10/2024	AFMTZ 1873861	DM	N	04/10/2024	2094709000253088-8	
Subcentro	Carteira	Espécie da Moeda	Quantidade	Valor	1(=) Valor do Documento	
	17-043	R\$			2.100,00	
Instruções	Cod. Cip.	Bonif. p/ dia Ant. pgto	Valor do Desconto	Até	Com. Perm. p/ Dia	27 2 (-) Desconto
					2,10	
APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS AO DIA DE R\$ 2,10					35	3 (-) Outras Deduções / Abatimento
APÓS VENCIMENTO PAGÁVEL NAS AG. DO BANCO DO BRASIL					19	4 (+) Mora / Multa / Juros
A PARTIR DO DECIMO DIA DE VENCIDO O TITULO SERÁ ENVIADO PARA PROTESTO EM CARTÓRIO					5 (+) Outros Acréscimos	
					6 (=) Valor Cobrado	
Sacado						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461/0001-02						
RUA R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS						
17402064 GARCA SP						
Sacador/Avalista						
Código de Baixa						



Autenticação Mecânica: Ficha de Compensação



Demonstrativo de Aluguel e Atividades

Pág. 1

Ciente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02	Nº Controle Fatura: AFMTZ 1873861
AGRUPAMENTO DO CLIENTE	Data Emissão: 04/10/2024
Mês / Ano: 10 / 2024	Data Vencimento: 30/10/2024
	Tipo de Pagamento: Parcelado

RESUMO		
	Qtd.	Valor R\$
Carros desta Cobrança:	1	2.100,00

Contrato: FAR0181/24

CARRO PROVISÓRIO	Pedido: 1	Item: 1	Sequência: 1	Centro de Custo:	Cidade: JUNDIAI
Dados do Carro Reserva: PC78R4YX3A Agência: AGENCIA CENTRO JUNDIAI Placa: SYC1G14 Grupo: CE (ECONÔMICO ESPECIAL C/AR) Condutor: Jaksonnda silva lovato Situação: Carro retirado SS: 2M0QGQ/19 Data Retirada: 02/08/2024	Informações desta Cobrança Período de cobrança: 02/08/2024 à 01/09/2024 Dias Cobrados: 30 Valor Cobrado: 2.100,00			Atividades Cobradas	Valor
				Aluguel Carro Provisório	2.100,00
				Total	2.100,00
Contrato: FAR0181/24 / Total:					2.100,00

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98850 00006.240010 90001.439560 1 36553047000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 624

Valor Calculado (R\$): 624

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 624

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637514665

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		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 30/10/2024	
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 02/10/2024		Nº do Documento 000000106503A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/10/2024	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 624,00
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.06 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12.48 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106503A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00014395-6	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		Recibo do Pagador			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/10/2024	
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 02/10/2024		Nº do Documento 000000106503A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/10/2024	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 624,00
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.06 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12.48 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106503A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00014395-6	
Autenticação							

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01439.560135 65530.470007 1 98850000062400			
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.						Vencimento 30/10/2024	
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 02/10/2024		Nº do Documento 000000106503A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 02/10/2024	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 624,00
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 2.06 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 12.48 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106503A-NF						(-) Desconto/Abatimento	
						(-) Outras Deduções	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
Pagador 00007381 - ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP						45.349.461/0001-02	
Sacador/Avalista:						109/00014395-6	

Autenticação mecânica / Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34192.98850 00002.824010 90010.351710 1 42144385000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: BENEFICIOS UPS LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 282.4

Valor Calculado (R\$): 282.4

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 282.4

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637544943

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

SECRETARIA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Finanças
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e
RPS Nº 2211384 Série 1, emitido em 10/10/2024

NÚMERO NOTA
15959

DATA E HORA DA EMISSÃO
10/10/2024 15:56:59

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
KL47NCFN

UP Benefícios

CPF / CNPJ
17.359.884/0001-78

NOME / RAZÃO
BENEFICIOS UPS LTDA -EPP

ENDEREÇO
Rua Pedro Toledo, 15

MUNICÍPIO
São Paulo

COMPLEMENTO
Complemento conjunto 15

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
68898843

TELEFONE
47669180

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF / CNPJ
45.349.461/0001-02

NOME / RAZÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

ENDEREÇO
Rua Doutor Orlando Thiago Santos - Williams - CEP: 17402064, 50

MUNICÍPIO
Garça

COMPLEMENTO

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

E-MAIL
ger.rh@ahbb.org.br

TELEFONE
30111234

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

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NOTA REFERENTE AO SERVIÇO NO FORNECIMENTO DE VALE ALIMENTAÇÃO - LOUVEIRA
TOTAL BENEFICIOS: 281,40
TOTAL DO PEDIDO Nº 50870 : 282,40

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$1,00

CODIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
03205 - Fornecimento e Administração de vales-refeicao, vales-alimentacao, vales-transporte e similares

PIS	R\$0,00	COFINS	R\$0,00	IMPOSTO DE RENDA	R\$0,00	INSS	R\$0,00	CSLL	R\$0,00
VALOR DEDUÇÃO		DESCONTO INCONDICIONADO		DESCONTO CONDICIONADO		OUTROS RETENCÕES			
R\$0,00		R\$0,00		R\$0,00					
TOTAL LÍQUIDO DA NOTA	BASE DE CÁLCULO ISS	ALIQUOTA 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: 10/10/2024 15:56:59Up Benefícios

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

IDENTIFICADORA DATAIdentificação e Assinatura do Recebedor

NÚMERO NOTABenefício nº 15959



Fatura

Data de Emissão: 10/10/2024
Nro.: 9602
Departamento: LOUVEIRA -
45.349.461/0001-02

Prestador
BENEFICIOS UPS LTDA EPP
ENDEREÇO: RUA PEDRO DE TOLEDO 130, CONJ 15
BAIRRO: VILA CLEMENTINO
Tomador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO: Rua Doutor Orlando Thiago Santos 50
BAIRRO: Williams

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

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

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE ALIMENTAÇÃO DO PEDIDO Nº 50870.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Alimentação -

Período de 01/10/2024 até 31/10/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 281,40
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\$ 281,40

Observações:



ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA

Pedido Nº 50870 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDE PASSAGEM		VALOR
1	VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	282,40
Total Fornecido:		282,40

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

ACAYAN CHRISTY ORTIZ CHIROSA

Pedido Nº 50870 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDE PASSAGEM		VALOR
1	VALE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	282,40
Total Fornecido:		282,40

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Emissão: 10/10/2024 15:57

----- Recibo do Pagador

Corte na linha pontilhada

Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98850 00033.800015 70004.672481 5 77451196000

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA **CPF/CNPJ:** 66.741.117/0001-34

Nome/Razão Social: LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 3380

Valor Calculado (R\$): 3380

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 3380

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637558707

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

RECEBEMOS DE LABWAY DIAGNÓSTICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.016.911
		SÉRIE: 1

LABWAY DIAGNÓSTICA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES EPP RUA ACÁCIA, 126 - - JARDIM DAS FLORES, Osasco, SP - CEP: 06120120 - Fone/Fax: 11973082640	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída Nº 000.016.911 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524 0966 7411 1700 0134 5500 1000 0169 1116 0235 6000 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 135242132101523 - 24/09/2024 11:52
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 492362200112	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 66.741.117/0001-34

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 24/09/2024
ENDEREÇO RUA DR. ORLANDO T. SANTOS, 50 -	BAIRRO/DISTRITO WILLIAMS	CEP 17402-064	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
MUNICÍPIO Garça	FONE/FAX	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE ENTRADA/SAÍDA

FATURA
/ Num.: 16911 / V. Orig.: 3.380,00 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 3.380,00
CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	3.380,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	3.380,00

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
CD104227	SOLUÇÃO TAMPÃO LOTE 2308123 VAL. 07/2025	38229000	240	5102	UN	1,0000	2.890,0000	2.890,00					
DD92123	CONTROLE DE QUALIDADE I, II, III NÍVEIS LOTE 2404110 VAL. 02/2027	38229000	240	5102	UN	1,0000	490,0000	490,00					

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 0000057800	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Duplicata - Num.: 001, Venc.: 30/10/2024, Valor: 3.380,00 HOSP. STO ANTÔNIO LOUVIRA. CONTRATO DE GESTÃO 0001/2024 ORGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA.	RESERVADO AO FISCO

RECIBO DO PAGADOR



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04672.481571 74511.960002 1 98850000338000

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 30/10/2024
Beneficiário LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA CNPJ/CPF: 66.741.117/0001-34 R ACACIA, 126, , 06120120 - JD DAS FLORES - OSASCO - SP					Agência/Código Beneficiário 1577/45119-6
Data do documento 25/09/2024	Núm. do documento 16911	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 25/09/2024	Nosso Número 157 / 00046724 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.380,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP					
Beneficiário final: CNPJ/CPF:					

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.57007 04672.481571 74511.960002 1 98850000338000

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento 30/10/2024
Beneficiário LABWAY DIAGNOSTICA C R LTDA CNPJ/CPF: 66.741.117/0001-34 R ACACIA, 126, , 06120120 - JD DAS FLORES - OSASCO - SP					Agência/Código Beneficiário 1577/45119-6
Data do documento 25/09/2024	Núm. do documento 16911	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 25/09/2024	Nosso Número 157 / 00046724 - 8
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 3.380,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO.					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSP. BENEF. DO BRASIL CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP					
Beneficiário final: CNPJ/CPF:					

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou a Central no 40901695 (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

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00196.98860 00008.605000 00002.815634 0 00009738717

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. **CPF/CNPJ:** 04.192.876/0001-38

Nome/Razão Social: CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 31/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 860.5

Valor Calculado (R\$): 860.5

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 860.5

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637565808

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

CRISMED CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305		DANTE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 322.185 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1		CHAVE DE ACESSO 3524.1004.1928.7600.0138.5500.1000.3221.8510.0983.2294 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora DADOS DA NF-e 135242194452911 - 01/10/2024 15:37:26	
NATUREZA DA OPERAÇÃO					
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC					
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ	
633.566.329.115				04.192.876/0001-38	
DESTINATÁRIO / REMETENTE					
NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO				DATA EMISSÃO	
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3				01/10/2024	
MUNICÍPIO		BAIRRO/DISTRITO		CEP	
Lins		JARDIM ARIANO		16400-400	
FONE / FAX		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
(018)3659-1243		SP			
HORA DA SAÍDA					
15:36:30					
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA					
NOME / RAZÃO SOCIAL				CPF/CNPJ	
Hospital Santo Antonio de Louveira				45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO				INSCRIÇÃO ESTADUAL	
Rua Luiz Martins Cruz, 63					
MUNICÍPIO				CEP	
Louveira				00000-000	
UF				FONE / FAX	
SP					
FATURA/DUPPLICATAS					
322185/1 - 31/10/24 - 860,50					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	
860,50		103,26		0,00	
VALOR DO ICMS ST		VALOR DO ICMS ST		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		860,50	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO	
0,00		0,00		0,00	
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		860,50	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANNT	
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE		0-EMITENTE		PLACA DO VEICULO	
ENDEREÇO		1-DESTINATARIO		UF	
R SAO PAULO, 41		SANTOS		SP	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
3		MARCA		633.751.854.115	
NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
		0,0000		28,2000	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS					
CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO
17746 30039049	(+) CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML SOL INJ X 2 ML Marca: HIPOLABOR Princípio Ativo: TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG Modelo: CX C/100 AMP 2ML Lote: AW-006/23 - 28/02/2025 Qtde: 3.00 Lista: A2 Numero da FCI: / CEST: 13.001.00	000 5102	CX	3,0000	120,0000
20514 30049099	(+) SOLUCAO GLICOSE 5% 250 ML BOLSA TRILAMINADA TRANSPARENTE Marca: HALEX ISTAR Modelo: CX C/ 50 BOLSAS Lote: 194223 - 01/08/2026 Qtde: 2.00 Numero da FCI: / CEST: 13.004.00	000 5102	CX	2,0000	250,2500
					0,0000
					360,00
					360,00
					43,20
					0,00
					12,00
					0,00
DADOS ADICIONAIS					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			RESERVADO AO FISCO		
PEDIDO: 10065 // Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Id 363877984 - Entrega 02/10/2024 - Acrescentar na Nota Fiscal Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R\$: 115,74 Federal R\$: 25,20 Estadual Fonte: IBPT /			RECLAMAÇÕES SOMENTE NO ATO DA ENTREGA		

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA		EMISSION: 01/10/2024		DESTINATARIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIEN		NF-e Nº: 322185 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1	
				Total NF: 860,50			

IDENTIFICACAO DO EMITENTE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº 322.185 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1		CONTROLE FISCO 	
				CHAVE DE ACESSO 3524.1004.1928.7600.0138.5500.1000.3221.8510.0983.2294	
				Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
				DADOS DA NF-e 135242194452911 - 01/10/2024 15:37:26	

NATUREZA DA OPERACAO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC			
INSCRICAO ESTADUAL 633.566.329.115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ 04.192.876/0001-38	

DESTINATARIO / REMETENTE			
NOME / RAZAO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CNPJ 45.349.461/0001-02	DATA EMISSAO 01/10/2024
ENDERECO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICIPIO Lins	FONE / FAX (018)3659-1243	UF SP	INSCRICAO ESTADUAL
			HORA DA SAIDA 15:36:30

INFORMACOES DO LOCAL DE ENTREGA			
NOME / RAZAO SOCIAL Hospital Santo Antonio de Louveira		CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	INSCRICAO ESTADUAL
ENDERECO Rua Luiz Martins Cruz, 63		BAIRRO/DISTRITO Jardim Lago Azul	CEP 00000-000
MUNICIPIO Louveira		UF SP	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS 322185/1 - 31/10/24 - 860,50			
--	--	--	--

CALCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CALCULO DO ICMS 860,50		VALOR DO ICMS 103,26		BASE DE CALCULO 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 ACESSORIAS 0,00	
				VALOR DO IPI 0,00	
				VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 860,50	
				VALOR TOTAL DA NOTA 860,50	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZAO SOCIAL PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO 0	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF SP
ENDERECO R SAO PAULO. 41		MUNICIPIO SANTOS			CNPJ/CPF 12.270.745/0001-50
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,0000	PESO LÍQUIDO 28,2000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITARIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
17746 30039049	(+) CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML SOL INJ X 2 ML Marca: HIPOLABOR Principio Ativo: TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG Modelo: CX C/100 AMP 2ML Lote: AW-006/23 - 28/02/2025 Qtde: 3.00 Lista: A2 Numero da FCI: / CEST: 13.001.00	000 5102	CX	3,0000	120,0000	0,0000	360,00	360,00	43,20	0,00	12,00	0,00
20514 30049099	(+) SOLUCAO GLICOSE 5% 250 ML BOLSA TRILAMINADA TRANSPARENTE Marca: HALEX ISTAR Modelo: CX C/ 50 BOLSAS Lote: 194223 - 01/08/2026 Qtde: 2.00 Numero da FCI: / CEST: 13.004.00	000 5102	CX	2,0000	250,2500	0,0000	500,50	500,50	60,06	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMACOES COMPLEMENTARES PEDIDO: 10065 // Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Id 363877984 - Entrega 02/10/2024 - Acrescentar na Nota Fiscal Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R\$: 115,74 Federal R\$: 25,20 Estadual Fonte: IBPT /		RECLAMAÇÕES SOMENTE NO ATO DA ENTREGA	

BANCO DO BRASIL

001-9

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Ag./Cod. Beneficiário

3359-6/25002-3

Comprovante de Entrega

Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora)

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Nosso Número

2815634000097387

() Mudou-se

() Ausente

() Não existe nº

() Recusado

() Não Procurado

() Falecido

() Desconhecido

() End. Insuf.

() Outros

Vencimento

31/10/2024

N. do Documento

322185/INFE

Espécie

R\$

Valor do Documento

860,50

Recebi(emos) o boleto de características acima

Data

Assinatura

Data

Entregador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02815.634007 00097.387179 6 98860000086050

Local de Pagamento

Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Vencimento

31/10/2024

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário

3359-6/25002-3

Data do Documento

01/10/2024

No. do Documento

322185/INFE

Espécie Doc.

R\$

Aceite

N

Data do Processamento

01/10/2024

Nosso Número

2815634000097387

Uso do Banco

Carteira

17

Espécie

R\$

Quantidade

x

Valor

=

Valor do Documento

860,50

Instruções

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções (Abatimento)

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

SUJEITO A PROTESTO.

JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.86

Cod. Interno: 00007276

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Pagador/ Avalista:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

16400400 - LINS - SP

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02815.634007 00097.387179 6 98860000086050

Local de Pagamento

Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br

Vencimento

31/10/2024

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38

Agência / Código Beneficiário

3359-6/25002-3

Data do Documento

01/10/2024

No. do Documento

322185/INFE

Espécie Doc.

R\$

Aceite

N

Data do Processamento

01/10/2024

Nosso Número

2815634000097387

Uso do Banco

Carteira

17

Espécie

R\$

Quantidade

x

Valor

=

Valor do Documento

860,50

Instruções

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções (Abatimento)

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

SUJEITO A PROTESTO.

JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.86

COD. INTERNO: 00007276

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Pagador / Avalista:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

16400400 - LINS - SP

Código de Barra

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00192.98860 00006.789000 00002.815634 0 00009737017

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. **CPF/CNPJ:** 04.192.876/0001-38

Nome/Razão Social: CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 31/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 678.9

Valor Calculado (R\$): 678.9

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 678.9

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637575707

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305 CRISMED		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 322.167 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1		CONTROLE FISCO CHAVE DE ACESSO 3524.1004.1928.7600.0138.5500.1000.3221.6710.0983.1656 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora DADOS DA NF-e 135242194162696 - 01/10/2024 15:11:45								
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC												
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.566.329.115		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 04.192.876/0001-38								
DESTINATÁRIO / REMETENTE												
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL				CNPJ 45.349.461/0001-02								
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3				DATA EMISSÃO 01/10/2024								
MUNICÍPIO Lins		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400								
FONE / FAX (018)3659-1243		UF SP		DATA DA SAÍDA 01/10/2024								
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 15:10:44										
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA												
NOME / RAZÃO SOCIAL Hospital Santo Antonio De Louveira				CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02								
ENDEREÇO Rua Luiz Martins Cruz, 63				INSCRIÇÃO ESTADUAL 00000-000								
MUNICÍPIO Louveira				CEP 00000-000								
UF SP				FONE / FAX								
FATURA/DUPLICATAS 322167/1 - 31/10/24 - 678,90												
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 678,90		VALOR DO ICMS 122,21		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00								
VALOR DO ICMS ST 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 678,90										
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 678,90								
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
RAZÃO SOCIAL PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0		CODIGO ANNT PLACA DO VEICULO UF CNPJ/CPF 12.270.745/0001-50								
ENDEREÇO R SAO PAULO. 41		MUNICÍPIO SANTOS		UF SP								
QUANTIDADE 1		ESPÉCIE MARCA		NUMERAÇÃO PESO BRUTO 0,0000								
PESO LÍQUIDO 1,1400												
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO NCM/CS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
16100 25131000	CADARCO SARJADO N.10 C/10 METROS SAO JOSE Marca: CAFE BOTOES Modelo: PCT C/10 ROLOS Lote: S/LOT - 30/12/2029 Qtde: 3.00 Numero da FCI: / CEST: 28.039.00	000 5102	PCT	3,0000	45,9000	0,0000	137,70	137,70	24,79	0,00	18,00	0,00
21856 56031290	CURATIVO POS COLETA ADULTO HIPOALERGICO BEGE Marca: FIRSTLAB Modelo: CX C/500 UN Lote: R030404/04BE - 28/04/2026 Qtde: 28.00 Numero da FCI:	000 5102	CX	28,0000	14,7000	0,0000	411,60	411,60	74,09	0,00	18,00	0,00
18629 90183929	SCALP 23 WILTEX Marca: CIRURG.FERNANDES Modelo: CX C/100 UN Lote: 20221011 - 10/10/2027 Qtde: 6.00 Numero da FCI:	000 5102	CX	6,0000	21,6000	0,0000	129,60	129,60	23,33	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PEDIDO: 10066 // Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Id 363879006 - Entrega 02/10/2024 - Acrescentar na Nota Fiscal Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Tributo aproximado R\$: 23,96 Federal R\$: 24,79 Estadual Fonte: IBPT /		RECLAMAÇÕES SOMENTE NO ATO DA ENTREGA	

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA		EMISSION: 01/10/2024		DESTINATARIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL								
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR			ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIEN		NF-e Total NF: 678,90 Nº: 322167 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1						
 IDENTIFICACAO DO EMITENTE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA Rua Sao Paulo, 13 Bairro: Vila Belmiro 11075-330 Santos - SP Fone: (13)3228-2305				DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº 322.167 SÉRIE: 1 FOLHA: 1/1		CONTROLE FISCO  CHAVE DE ACESSO 3524.1004.1928.7600.0138.5500.1000.3221.6710.0983.1656 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora DADOS DA NF-e 135242194162696 - 01/10/2024 15:11:45						
NATUREZA DA OPERACAO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC												
INSCRICAO ESTADUAL 633.566.329.115		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO		CNPJ 04.192.876/0001-38								
DESTINATARIO / REMETENTE												
NOME / RAZAO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL				CNPJ 45.349.461/0001-02		DATA EMISSAO 01/10/2024						
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3				BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400						
MUNICIPIO Lins		FONE / FAX (018)3659-1243		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL						
INFORMACOES DO LOCAL DE ENTREGA												
NOME / RAZAO SOCIAL Hospital Santo Antonio De Louveira				CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02		INSCRIÇÃO ESTADUAL						
ENDEREÇO Rua Luiz Martins Cruz, 63				BAIRRO/DISTRITO Jardim Lago Azul		CEP 00000-000						
MUNICIPIO Louveira				UF SP		FONE / FAX						
FATURA/DUPPLICATAS 322167/1 - 31/10/24 - 678,90												
CALCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CALCULO DO ICMS 678,90		VALOR DO ICMS 122,21		BASE DE CALCULO 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 ACESSORIAS 0,00						
VALOR DO IPI 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 678,90						
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
RAZAO SOCIAL PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO 0		CÓDIGO ANNT						
ENDEREÇO R SAO PAULO. 41				MUNICIPIO SANTOS		PLACA DO VEICULO						
QUANTIDADE 1				ESPÉCIE		MARCA						
NUMERAÇÃO				PESO BRUTO 0,0000		PESO LIQUIDO 1,1400						
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITARIO	VALOR DESC UNI	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
16100 25131000	CADARCO SARJADO N.10 C/10 METROS SAO JOSE Marca: CAFE BOTOES Modelo: PCT C/10 ROLOS Lote: S/LOT - 30/12/2029 Qtde: 3.00 Numero da FCI: / CEST: 28.039.00	000 5102	PCT	3,0000	45,9000	0,0000	137,70	137,70	24,79	0,00	18,00	0,00
21856 56031290	CURATIVO POS COLETA ADULTO HIPOALERGICO BEGE Marca: FIRSLAB Modelo: CX C/500 UN Lote: R030404/04BE - 28/04/2026 Qtde: 28.00 Numero da FCI:	000 5102	CX	28,0000	14,7000	0,0000	411,60	411,60	74,09	0,00	18,00	0,00
18629 90183929	SCALP 23 WILTEX Marca: CIRURG.FERNANDES Modelo: CX C/100 UN Lote: 20221011 - 10/10/2027 Qtde: 6.00 Numero da FCI:	000 5102	CX	6,0000	21,6000	0,0000	129,60	129,60	23,33	0,00	18,00	0,00
DADOS ADICIONAIS												
INFORMACOES COMPLEMENTARES PEDIDO: 10066 / / Local Entrega: Rua Luiz Martins Cruz N 63 - - Jardim Lago Azul - LOUVEIRA - SP / Obs: Id 363879006 - Entrega 02/10/2024 - Acrescentar na Nota Fiscal Contrato de gestAo 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira Tributo aproximado R\$: 23,96 Federal R\$: 24,79 Estadual Fonte: IBPT /								RESERVADO AO FISCO RECLAMAÇÕES SOMENTE NO ATO DA ENTREGA				

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38			Ag./Cod. Beneficiário 3359-6/25002-3	Motivos de não entrega (para uso da empresa entregadora) () Mudou-se () Ausente () Não existe nº () Recusado () Não Procurado () Falecido () Desconhecido () End. Insuf. () Outros	
Pagador ASSOCIACÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			Nosso Número 28156340000097370		
Vencimento 31/10/2024	N. do Documento 322167/INFE	Espécie R\$	Valor do Documento 678,90		
Recebi(emos) o bloquete de características acima	Data	Assinatura		Data	Entregador

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 31/10/2024
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 01/10/2024	No. do Documento 322167/INFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 01/10/2024	Nosso Número 28156340000097370
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 678,90
Instruções SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.68					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
16400400 - LINS - SP

Cod. Interno: 00007276
CNPJ: 45.349.461/0001-02

Pagador/ Avalista:

Recibo do Pagador

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após, atualize o boleto no site bb.com.br					Vencimento 31/10/2024
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA\Rua São Paulo-13\SANTOS-SP\04.192.876/0001-38					Agência / Código Beneficiário 3359-6/25002-3
Data do Documento 01/10/2024	No. do Documento 322167/INFE	Espécie Doc. R\$	Aceite N	Data do Processamento 01/10/2024	Nosso Número 28156340000097370
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade x	Valor =	Valor do Documento 678,90
Instruções SUJEITO A PROTESTO. JUROS POR DIA DE ATRASO R\$: 0.68					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções (Abatimento)
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
16400400 - LINS - SP

COD. INTERNO: 00007276
CNPJ: 45.349.461/0001-02

Pagador / Avalista:

Código de Barra

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34192.98860 00007.694010 90204.439712 7 31148603000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 31/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 769.4

Valor Calculado (R\$): 769.4

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 769.4

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637579848

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

MERCADORIA DESTINADA A USO E CONSUMO.CONTRATO GESTAO 001/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA ICMS RECOLHIDO POR SUBST. TRIB. CONF. ARTS 313-Z16 DO RICMS/SP. - NroCarga: 383174 - Representante: 3 - NoPedido: 2428002 - Forma Pagto: BOLETO Vlr ICMS ST Ult Entr: 1,55, Base ICMS ST Ult Entr: 22,44, Vlr ICMS Op Propria Ult Entr: 2,48, B.Calc. ICMS Op Propria Ult Entr: 13,80, Aliq. ST Distrib: 18,00 - RUA LUIZ MARTINS CORREA 63 - JARDIM LAGO AZUL II Cep: 13294394 - LOUVEIRA - SP - Valor Aprox. dos Tributos R\$ 99,14 (12,89%) *****Acesse nosso catalogo - www.papelplasticoceria.com.br/catalogo/Catalogo.pdf*****

341-7

Recibo do Sacado

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ					31/10/2024	
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	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
03/10/2024	1845188/1	DM	N	03/10/2024	109/02044397-1	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	109	R\$			769,40	
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 04439.712730 11486.030007 2 98860000076940

Local de Pagamento					Vencimento	
ATÉ O VENCIMENTO PAGUE PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ					31/10/2024	
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	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número	
03/10/2024	1845188/1	DM	N	03/10/2024	109/02044397-1	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento	
	109	R\$			769,40	
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:	03104 1292 000578032686-6

Representação numérica do código de barras:	34191.09008 01442.440135 65530.470007 2 98860000249600
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:	31/10/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/10/2024
Valor Nominal do Boleto:	2.496,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	2.496,00
Valor Pago (R\$):	2.496,00

Data/hora da operação:	30/10/2024 10:16:34
------------------------	---------------------

Código da operação: 37637592951 Chave de segurança: L60QMTS4WSTKUPH1

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 106.548 SÉRIE 001 FOLHA 1/1									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE		INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CHAVE DE ACESSO 3524 1005 6268 9600 0132 5500 1000 1065 4819 5002 1550 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora							
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1) 00007381		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 03/10/2024		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242216678407 03/10/2024 17:24:14							
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17402-064		DATA DA SAÍDA 04/10/2024							
MUNICÍPIO GARÇA		UF SP		TELEFONE / FAX (19)3848-3554		HORA DA SAÍDA 08:00:00							
LOCAL ENTREGA CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP											
DUPLICATAS													
Número 001													
Vencimento 31/10/2024													
Valor R\$ 2.496,00													
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 FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.496,00							
		DESCONTO 0,00		VALOR DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 2.496,00							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO							
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		CNPJ / CPF							
QUANTIDADE 240		ESPECIE		MARCA		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
				NUMERAÇÃO		PESO BRUTO							
						PESO LÍQUIDO							
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
01098	PAPEL T INT 2 DB 100% CEL MARCHPEL 20X20CM (CX5)	48182000	060	5405	PC	240,00	10,40	2.496,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													
DADOS ADICIONAIS								RESERVADO AO FISCO					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 008 - EDUARDO Cord Pag: 01028 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011939-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 454,52 Federal / R\$ 299,52 Estadual - Fonte: IBPT MERCADORIA DESTINADA AO USO E CONSUMO													

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 31/10/2024	
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 03/10/2024		Nº do Documento 000000106548A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 03/10/2024	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 2496,00
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 8,24 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 49,92 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106548A-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:						109/00014424-4	
						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 31/10/2024	
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 03/10/2024		Nº do Documento 000000106548A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 03/10/2024	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 2496,00
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 8,24 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 49,92 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106548A-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:						109/00014424-4	
						Autenticação	

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01442.440135 65530.470007 2 98860000249600			
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 31/10/2024	
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 03/10/2024		Nº do Documento 000000106548A		Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 03/10/2024	
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda		(=) Valor do Documento R\$ 2496,00
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário) Após o vencimento cobrar R\$ 8,24 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 49,92 PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO PAGAMENTO EXCLUSIVAMENTE NO BANCO BOLETOS ATRASADOS BLOQUEIAM NOVAS COMPRAS CUIDADO COM O GOLPE DOS BOLETOS FALSOS REF. DOC.: 000000106548A-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:						109/00014424-4	
						Autenticação mecânica / Ficha de Compensação	



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000010550-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SONIA PAPELARIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 02.653.791/0001-84

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 338,40

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 00129797

Chave de Segurança: AWNL6TFHFFYFF3H1

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do recebedor	Nro.: 000.004.834 Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52, JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416 (19) 3848-1130		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saída Nro. Nota: 000.004.834 Serie:1 Folha:1 de 1	 Chave de Acesso 3524 0902 6537 9100 0184 5500 1000 0048 3410 1178 6018 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada
Natureza de Operacao VENDA		Protocolo de autorizacao de uso 135242104240000 20/09/2024 14:26:30	
Inscricao Estadual 421.013.569.112	Inscricao Estadual do Subst. Tributario	CNPJ 02.653.791/0001-84	

DESTINATARIO/REMETENTE			
Nome/Razao Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	Data da Emissao 20/09/2024
Endereco RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	Bairro/Distrito WILLIAMS	CEP 17402064	Data de Saída / Entrada
Municipio GARCA	Fone/Fax	UF SP	Inscricao Estadual Hora de Saída 00:00

FATURA/DUPLICATA		
21/10/2024	001	338,40

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
0,00	0,00	71,28	0,00	0,00	338,40
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	338,40

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS							
Nome/Razao Social		Frete por Conta 1 - Contratação do Frete por conta do Destinatário (FOB)		Codigo ANTT	Placa	UF	CPF/CNPJ
Endereco		Municipio			UF	Inscricao Estadual	
Quantidade 16	Especie	Marca	Numeracao	Peso Bruto 0,000	Peso Liquido 0,000		

DADOS DO PRODUTO/SERVICO														
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi	Aliquota	
													Icms	Ipi
59970	CABO DE REDE 2MTS - UN Informacoes Adicionais: CEST: 12.007.00 Val. Aprox. dos Tributos: R\$ 23,32 (23,56 %) Fonte:IBPT	85442000	0500	5405	UN	10	9,90	0,00	99,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2993500010502	CABO HDMI 1.8MTS 0840 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 12.007.00 Val. Aprox. dos Tributos: R\$ 11,33 (19,01 %) Fonte:IBPT	85444200	0102	5102	UN	4	14,90	0,00	59,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
qjlo90232	SWITCH 5 PORTAS GIGABIT GS05 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 21.083.00 Val. Aprox. dos Tributos: R\$ 36,63 (20,37 %) Fonte:IBPT	85176241	0500	5405	UN	2	89,90	0,00	179,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
Informacoes Complementares PEDIDO N 48342 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.	Reservado ao Fisco

Carta de Correção Eletrônica - CCe

Empresa SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME			
Endereço AVENIDA RICIERI CHIQUETTO			
Nº 52	Complemento	Bairro JARDIM SANTO ANTÔNIO	
Cidade LOUVEIRA	UF SP	Cep 13294416	Tel (19) 3848-1130
CNPJ 02.653.791/0001-84	I.E. 421013569112		

Comunicado de irregularidades em Documentos Fiscais

A			
Empresa ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
Endereço RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS			
Nº 50	Complemento	Bairro WILLIAMS	
Cidade GARCA	UF SP	Cep 17402064	Tel/Fax
CNPJ 45.349.461/0001-02	I.E.		

Referente: Conferência de Documento Fiscal e Comunicação de IncorreçõesA Nota Fiscal de Nro: **4834**, Serie : **1**, Dt Emissão: **20/09/2024**Chave de Acesso: **35240902653791000184550010000048341011786018**

Contem algumas irregularidades, cuja a correção encontra-se logo abaixo.

Correção :

Contrato de Gestao 001-2024 Prefeitura Municipal de Louveira**DADOS BANCARIOS: BANCO BRADESCO AG.2388 C.C 10550-3****Carta de Correção Eletrônica - CCe**

Cod. do Evento:	110110
Sequencia :	1
Cod. do Orgão Receptor :	35
ID :	1101103524090265379100018455001000004834101178601801
Data/Hora :	20/09/2024 14:30:35
Protocolo de Autorização :	135242104277576

A Carta de Correção é disciplinada pelo § 1º-A do art. 7º do Convênio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com: I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação; II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário; III - a data de emissão ou de saída.

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000010550-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SONIA PAPELARIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 02.653.791/0001-84

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 458,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 00210450

Chave de Segurança: Z1QY8AW9JKPYMWAJ

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		NF-e
Data de recebimento	Identificacao e Assinatura do recebedor	Nro.: 000.004.835 Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52 , JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416 (19) 3848-1130		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica 0 - Entrada 1 - Saida Nro. Nota: 000.004.835 Serie:1 Folha:1 de 1	 Chave de Acesso 3524 0902 6537 9100 0184 5500 1000 0048 3510 1178 7011 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada
Natureza de Operacao VENDA		Protocolo de autorizacao de uso 135242104533486 20/09/2024 14:57:36	
Inscricao Estadual 421.013.569.112	Inscricao Estadual do Subst. Tributario		CNPJ 02.653.791/0001-84

DESTINATARIO/REMETENTE			
Nome/Razao Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	Data da Emissao 20/09/2024
Endereco RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		Bairro/Distrito WILLIAMS	CEP 17402064
Municipio GARCA	Fone/Fax	UF SP	Inscricao Estadual
		Hora de Saida 00:00	

FATURA/DUPLICATA		
21/10/2024	001	458,00

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS 0,00	Valor de ICMS 0,00	Valor Aproximado dos Tributos 143,31	Base de Calculo de Subst. Trib. 0,00	Valor de Calculo de Subst. Trib. 0,00	Valor total dos Produtos 458,00
Valor do frete 0,00	Valor do seguro 0,00	Desconto 0,00	Outras despesas acessorias 0,00	Valor total do IPI 0,00	Valor total da Nota 458,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
Nome/Razao Social		Frete por Conta 1 - Contratacao do Frete por conta do Destinatario (FOB)		Codigo ANTT	Placa
Endereco		Municipio		UF	CPF/CNPJ
Quantidade 20	Especie	Marca	Numeracao	Peso Bruto 0,000	Peso Liquido 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVICO													
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi	Aliquota
7897237322882	PASTA CATALAGO C/30 FINO REF.1033 - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.005.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 143,31 (31,29 %) Fonte:IBPT	42021210	0500	5405	UN	20	22,90	0,00	458,00	0,00	0,00	0,00	Icms Ipi

DADOS ADICIONAIS	
Informacoes Complementares Contrato de Gestao 001-2024 Prefeitura Municipal de Louveira;DADOS BANCARIOS: BANCO BRADESCO AG.2388 C.C 10550-3 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.	Reservado ao Fisco

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 290/0001/00048711977-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DIEGO DIAS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 35.294.789/0001-15

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 180,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 00269769

Chave de Segurança: 95THF15V6E3Q8V6A

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



PEDIDO 6964

Atualizee Comunicação Visual - 35.294.789/0001-15
Armando Steck, 189 Sala 03 Vila Bossi - LOUVEIRA - SP CEP: 13.290-000
Fone: (19) 99161-7187 E-mail: email@atualizee.com.br

DADOS DO CLIENTE

VENDEDOR: VICTORIA DATA: 20/09/2024

NOME: CPF:
RG: CLIENTE: RICARDO (AHBB)

DADOS DO PEDIDO

DESCRIÇÃO	QTDE. UN.	TAMANHO.	NCM	V. UNIT.	V. TOTAL
1. Requisição de materiais 150mm x 70mm 20 blocos c/50fls. Offset 75g	1,000			R\$ 105,000	R\$ 105,00
2. Identificação de Óbito 145mm x 75mm 05 blocos c/20fls Sulfite 180g	1,000			R\$ 75,000	R\$ 75,00

DADOS DE PAGAMENTO

TOTAL DE QUANTIDADES	2,00	NÚMERO TOTAL DE ITENS	2 produto(s)
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	R\$ 180,00		
VALOR TOTAL DO PEDIDO	R\$ 180,00		

Parcela	Data	Valor	Pagamento
PARCELA 1	21/09/2024	R\$ 180,00	

EM ____/____/____
Data do aceite

Assinatura do Sacado

20/09/24
[Handwritten signature]

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98830 00005.575710 90001.408530 1 36553047000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 23/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 546.4

Valor Calculado (R\$): 557.67

Juros (R\$): 0.35

Valor Pago (R\$): 557.57

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 10.92

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637649593

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

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 106.066 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 3524 0905 6268 9600 0132 5500 1000 1060 6619 7992 0880 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora									
NATUREZA DA OPERAÇÃO				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO									
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE				135242110028290 21/09/2024 12:04:36									
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO 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) 00007381				45.349.461/0001-02		21/09/2024							
ENDEREÇO				BAIRRO / DISTRITO		CEP							
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				WILLIAMS		17402-064							
MUNICÍPIO		UF		TELEFONE / FAX		HORA DA SAÍDA							
GARÇA		SP		(19)3848-3554		08:00:00							
LOCAL ENTREGA													
CNPJ / CPF		ENDEREÇO											
45.349.461/0001-02		RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP											
DUPLICATAS													
Número		001											
Vencimento		21/10/2024											
Valor		R\$ 546,40											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.							
0,00		0,00		0,00		0,00							
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS							
0,00		0,00		0,00		0,00							
						VALOR DO IPI							
						0,00							
						VALOR TOTAL DOS PRODUTOS							
						546,40							
						VALOR TOTAL DA NOTA							
						546,40							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT							
				0 - EMITENTE									
ENDEREÇO				MUNICÍPIO		UF							
						INSCRIÇÃO ESTADUAL							
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO							
7						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
02018	BROCA CONCRETO 05 MM TRAMONTINA ENCOMENDA	82075011	060	5405	UN	1,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02003	CHAVE FENDA 1/4X4" TRAMONTINA AMARELA 41500/030	82054000	060	5405	UN	1,00	9,90	9,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02000	CHAVE FENDA 1/8X3" TRAMONTINA AMARELA	82054000	060	5405	UN	1,00	5,90	5,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02001	CHAVE FENDA 3/16X4" TRAMONTINA AMARELA ENCOMENDA	82054000	060	5405	UN	1,00	7,90	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12703	CHAVE PHILIPS 1/4X4" TRAMONTINA AMARELA 41505/030	82054000	060	5405	UN	1,00	10,90	10,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02006	CHAVE PHILIPS 3/16X4" TRAMONTINA AMARELA 41505/021	82054000	060	5405	UN	1,00	7,90	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12690	PARAFUSADEIRA/FURADEIRA IMPACTO MAKITA 127V HP030 122209	84672992	060	5405	UN	1,00	499,90	499,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													
DADOS ADICIONAIS								RESERVADO AO FISCO					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 008 - EDUARDO Cond.Pag: 01030 - BOLETO 28 DIAS PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011701-PD PEDIDO Nº 48388 Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 47,37 Federal / R\$ 52,35 Estadual - Fonte: IBPT													

Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 30/10/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA - EPP CNPJ 05.626.896/0001-32					Agência/Código Beneficiário 0136/55304-7	
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final AVENIDA INDEPENDENCIA 4830 SANTA ROSA VINHEDO SP 13289 152						
Data do documento 23/09/2024		No. Do documento 000106066A		Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 23/09/2024
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário.						(-) Descontos/Abatimento
BOLETO ORIGINAL: VCTO 23/10/2024 NO VALOR DE R\$ 546,40 VALOR A SER PAGO VALIDO APENAS PARA ESTA DATA DE VENCIMENTO						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE D CNPJ/CPF 045349461000102						
Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP						
Beneficiário Final:						

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 01408.530135 65530.470007 9 98850000055767

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 30/10/2024	
Cedente COMERCIAL RUZALEM LTDA - EPP CNPJ 05.626.896/0001-32					Agência/Código Cedente 0136/55304-7	
Data do documento 23/09/2024		No. Do documento 000106066A		Espécie doc. DMI	Aceite N	Data Processamento 23/09/2024
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente).						(-) Descontos/Abatimento
BOLETO ORIGINAL: VCTO 23/10/2024 NO VALOR DE R\$ 546,40 VALOR A SER PAGO VALIDO APENAS PARA ESTA DATA DE VENCIMENTO						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Sacado: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE D CNPJ/CPF 045349461000102						
Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP						
Beneficiário Final:						

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34193.98830 00001.220410 90001.409370 1 36553047000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: COMERCIAL RUZALEM LTDA EPP

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 23/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 119.6

Valor Calculado (R\$): 122.06

Juros (R\$): 0.07

Valor Pago (R\$): 122.06

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 2.39

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37637652485

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

COMERCIAL RUZALEM LTDA		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica											
 AV. INDEPENDENCIA, 4830 santa rosa VINHEDO - SP CEP: 13289-152 Fone: (19)3826-3707 / (19)3826-3707		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 106.075 SÉRIE 001 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 3524 0905 6268 9600 0132 5500 1000 1060 7514 1415 2810									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242119926940 23/09/2024 09:46:03		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 714090927111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ 05.626.896/0001-32									
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHHB (1) 00007381				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02									
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				DATA DA EMISSÃO 23/09/2024									
MUNICÍPIO GARÇA				BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS									
UF SP				CEP 17402-064									
TELEFONE / FAX (19)3848-3554				DATA DA SAÍDA 23/09/2024									
INSCRIÇÃO ESTADUAL				HORA DA SAÍDA 09:46:00									
LOCAL ENTREGA													
CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS - GARÇA - SP											
DUPLICATAS													
Número 001													
Vencimento 21/10/2024													
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		VALOR DO IPI 0,00									
DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 119,60									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL 0 - EMITENTE				CÓDIGO ANTT									
FRETE POR CONTA				PLACA DO VEÍCULO									
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. % ICMS	ALIQ. % IPI
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
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Vendedor: 002 - LAINE Cond.Pag: 01028 - BOLETO PEDIDO(S) DE VENDA: 000000011708-PD Vlr Aprox dos Tributos: R\$ 11,96 Federal / R\$ 21,53 Estadual - Fonte: IBPT													

Segunda Via



Banco Itaú S.A. | 341-7 |

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 30/10/2024	
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA - EPP CNPJ 05.626.896/0001-32					Agência/Código Beneficiário 0136/55304-7	
Endereço Beneficiário / Beneficiário Final AVENIDA INDEPENDENCIA 4830 SANTA ROSA VINHEDO SP 13289 152						
Data do documento 24/09/2024		No. Do documento 000106075A		Espécie doc. DMI		Aceite N
				Data Processamento 24/09/2024		Nosso Número 109/00014093-7
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 122,06
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário. BOLETO ORIGINAL: VCTO 23/10/2024 NO VALOR DE R\$ 119,60 VALOR A SER PAGO VALIDO APENAS PARA ESTA DATA DE VENCIMENTO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE D CNPJ/CPF 045349461000102 Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Beneficiário Final:						

Autenticação mecânica



Banco Itaú S.A. | 341-7 | 34191.09008 01409.370135 65530.470007 9 98850000012206

Local de Pagamento EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO					Vencimento 30/10/2024	
Cedente COMERCIAL RUZALEM LTDA - EPP CNPJ 05.626.896/0001-32					Agência/Código Cedente 0136/55304-7	
Data do documento 24/09/2024		No. Do documento 000106075A		Espécie doc. DMI		Aceite N
				Data Processamento 24/09/2024		Nosso Número 109/00014093-7
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 122,06
Instrução (Todas informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente). BOLETO ORIGINAL: VCTO 23/10/2024 NO VALOR DE R\$ 119,60 VALOR A SER PAGO VALIDO APENAS PARA ESTA DATA DE VENCIMENTO						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Mora/Multa
						(=) Valor Cobrado
Sacado: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE D CNPJ/CPF 045349461000102 Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP Beneficiário Final:						

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica



**2ª Via - Comprovante de pagamento de tributos do governo**

Via Internet Banking CAIXA

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL**Conta de débito:** 3104 / 1292 / 000578032686-6**Representação numérica do código de barras:**

858300000173 788103852431 040716243040 808178885424

Convênio: DARF NUMERADO CB RFB**Valor:** 1.778,81**Data de débito:** 30/10/2024**Data/hora da operação:** 30/10/2024**Código da operação:** 02697181**Chave de segurança:** UT76UP4R3Q09FMW0

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

CNPJ 45.349.461/0001-02	Razão Social ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Período de Apuração Setembro/2024	Data de Vencimento 18/10/2024	Número do Documento 07.16.24304.8081788-8	Pagar este documento até 30/10/2024
Observações Nº Recibo Declaração: 50000275155994			Valor Total do Documento 1.778,81

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ	45,00	1,48		46,48
	06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	90,00	2,97		92,97
	07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
5979	PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	19,50	0,64		20,14
	07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
5987	CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO	30,00	0,99		30,99
	07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6228	CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ	375,00	12,37		387,37
	05 CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6230	PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ	162,50	5,36		167,86
	05 PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6243	COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ	750,00	24,75		774,75
	05 COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
6256	IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO	250,00	8,25		258,25
	05 IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO				
	PA:09/2024 Vencimento:18/10/2024				
Totais		1.722,00	56,81		1.778,81

CONVÊNIO N° 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

SENDA (Versão:5.2.0)

Página: 1 / 1

30/10/2024 08:16:14

85830000017 3 78810385243 1 04071624304 0 80817888542 4 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85830000017 3	78810385243 1	04071624304 0	80817888542 4	CNPJ:	45.349.461/0001-02	
				Número:	07.16.24304.8081788-8	
				Pagar até:	30/10/2024	
				Valor:	1.778,81	

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
30/10/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	PIS/COFINS/CSLL NFS-E 4435 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R\$ 196,31
30/10/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	PIS/COFINS/CSLL NFS-E 52 JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM	R\$ 1.162,50

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
30/10/2024	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	REF. AO VALOR DO IRRF NFS-E 4435 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R\$ 45,00
30/10/2024	IRRF NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS	REF. AO VALOR DO IRRF NFS-E 52 JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM	R\$ 375,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:17:26

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 0316 / 1288 / 000860222088-8

Dados do Destinatário

Nome: LEIDAYANE CARVALHO SILVA

Valor: R\$ 6.747,07

Informações do Pagamento

Data da Transação: 30/10/2024

Código da Operação: 301609

Chave de Segurança: WGJV1XNAKVZCFP1X

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

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 706.00283.42-7		11 Nome LEIDAYANE CARVALHO SILVA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua ALAMEDA DAS NOGUEIRAS, 60 - CASA				13 Bairro VILA ALVORADA	
14 Município JUNDIAI		15 UF SP	16 CEP 13.211-360	17 CTPS (nº, série, UF) 07432890000 - 00060 / PE	18 CPF 134.151.694-64
19 Data de Nascimento 04/07/2000		20 Nome da Mãe MARIA IVONE CARVALHO			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada					
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado					
23 Remuneração Mês Ant. 3.003,40		24 Data de Admissão 16/08/2024	25 Data do Aviso Prévio 15/10/2024	26 Data de Afastamento 15/10/2024	27 Cod. Afastamento RA2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 15/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.360,50	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 141,20	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 2.721,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 1.451,64
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 750,85	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 2/12 avos	R\$ 500,57	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 166,86
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\$ 51,20				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 7.143,82
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\$ 118,58	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 56,31
114.1 IRRF	R\$ 221,86	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO Nº 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 396,75
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 6.747,07

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000054319-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: LEIDIANE LOPES BARROSO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 433.397.998-65

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 6.735,21

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19462459

Chave de Segurança: GQN85GT25U21GFFU

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

10 PIS/PASEP	11 Nome
--------------	---------

131.55647.33-6	LEIDIANE LOPES BARROSO				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA DALVO LUIZ MARTINS CRUZ, 142				13 Bairro JARDIM ESMERALDA	
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.294-282	17 CTPS (nº, série, UF) 04668100000 - 00428 / Sf		18 CPF 433.397.998-65
19 Data de Nascimento 13/02/1997	20 Nome da Mãe RITA DE CASSIA SILVA BARROSO				

04 Table of Contents

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 2.041,00	24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio 16/10/2024	26 Data de Afastamento 16/10/2024	27 Cod. Afastamento SJ2
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			

VERBAS PESCISÓRIAS

[illegible]

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 16/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 933,33	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 150,61	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 1.750,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 4/12 avos	R\$ 718,70	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R\$ 718,70	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 239,57
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 2.156,13	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 179,67	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL)	R\$ 0,01	95.1 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 70,26		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 6.916,98

DEDUÇÕES	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

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\$ 86,56	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 67,37
114.1 IRRF	R\$ 27,84	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 181,77
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 6.735,21

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34191.98850 00025.051310 90010.400720 1 42144385000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: BENEFICIOS UPS LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 2505.13

Valor Calculado (R\$): 2505.13

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 2505.13

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37652851324

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

[illegible]



Benefícios
Prestador
BENEFICIOS UPS LTDA EPP
ENDEREÇO: RUA PEDRO DE TOLEDO 130, CONJ 15
BAIRRO: VILA CLEMENTINO
Tomador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO: Avenida José Ariano Rodrigues 303
BAIRRO: Jardim Ariano

Fatura

Data de Emissão: 07/10/2024
Nro.: 9590

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

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

DESCRIÇÃO DA FATURA
FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE TRANSPORTE DO PEDIDO Nº 50826.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO
Vale Transporte -

Período de 01/10/2024 até 31/10/2024

Itens	
TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 2.430,40
REPASSE:	R\$ 44,59
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\$ 2.474,99

Observações:

CONVÊNIO Nº 01/2024

PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



EDUARDO HUMBERTO CAMARGO

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____



MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

EDUARDO HUMBERTO CAMARGO

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

MARIA APARECIDA SOUZA SANTIAGO

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

...



ROSANA APARECIDA DA SILVA

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____



GEOVANNI DE PAULA

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

ROSANA APARECIDA DA SILVA

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

GEOVANNI DE PAULA

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM		VALOR
30	TRANSURB JUNDIAI	165,00
30	RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
Total Fornecido:		372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

...



PRISCILA DOMINGUES CAZARIM

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM	VALOR
46 TRANSURB JUNDIAI	253,00
46 RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	317,40
Total Fornecido:	570,40

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

PRISCILA DOMINGUES CAZARIM

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM	VALOR
46 TRANSURB JUNDIAI	253,00
46 RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	317,40
Total Fornecido:	570,40

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

UP Benefícios

MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS SANTOS

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM	VALOR
30 RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30 TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:	372,00

PONTO DE ENTREGA: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - Rua Luiz M. Cruz - 50 - Louveira - Bairro Santo Antonio - 13290-000

MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS SANTOS

Pedido Nº 50826 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

LOUVEIRA

De 01/10/2024 até 31/10/2024

QTDEPASSAGEM	VALOR
30 RAPIDO LUXO VALINHOS - JUNDIAI X LOUVEIRA	207,00
30 TRANSURB JUNDIAI	165,00
Total Fornecido:	372,00

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

Recebi de ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL à quantidade de vales transporte acima relacionada, para minha utilização no mês referido.Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos o valor dos vales fornecidos até o limite de 06 % do meu salário.

Ass: _____ Data: ____ / ____ / ____

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

Itaú Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10347.370149 21443.850009 8 98800000250513

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário		Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5		R\$		109/00103473-7
Número do documento		CPF/CNPJ	Vencimento		Valor documento	
000103473		17359884000178	25/10/2024		R\$ 2.505,13	
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deducoes	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado	
Pagador						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Avenida José Ariano Rodrigues						
Jardim Ariano - 3527108/SP - CEP: 16400-400						
Instrucoes						
Não Receber após o vencimento.						
Boleto referente ao Pedido 50826 de 01/10/2024 a 31/10/2024.						

Autenticacao mecanica

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09008 10347.370149 21443.850009 8 98800000250513

Local de pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					25/10/2024	
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário	
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5	
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número	
07/10/2024	000103473		N	07/10/2024	109/00103473-7	
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento	
	109	R\$			R\$ 2.505,13	
Instrucoes (Texto de responsabilidade do beneficiário) Não Receber após o vencimento. Boleto referente ao Pedido 50826 de 01/10/2024 a 31/10/2024.					(-) Desconto / Abatimentos	
					(-) Outras deducoes	
					(+) Mora / Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor cobrado	
Pagador						
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02						
Avenida José Ariano Rodrigues						
Jardim Ariano - 3527108/SP - CEP: 16400-400						
Sacador / Avalista					Cód. baixa	
					Autenticacao mecanica - Ficha de Compensação	



Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34194.98860 00313.464010 90010.401140 1 42144385000

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

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

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: BENEFICIOS UPS LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 31/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 31346.4

Valor Calculado (R\$): 31346.4

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 31346.4

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37652886927

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



Fatura

Data de Emissão: 02/10/2024
Nro.: 9565
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 50736.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Alimentação -

Período de 01/09/2024 até 30/09/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R\$ 31.346,40
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\$ 31.346,40

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 10336.480149 21443.850009 9 98760003134640**

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		0142/14438-5	R\$		109/00103364-8
Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento		Valor documento	
000103364	17359884000178	21/10/2024		R\$ 31.346,40	
(-) 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					
Autenticacao mecanica					
Nao Receber apos o vencimento					
Boleto referente ao Pedido 50736 de 01/09/2024 a 30/09/2024. Departamento: LOUVEIRA - 45.349.461/0001-02					

Corte na linha pontilhada

**Banco Itaú S.A.****|341-7|****34191.09008 10336.480149 21443.850009 9 98760003134640**

Local de pagamento					Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					21/10/2024
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					0142/14438-5
Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Accepte	Data processamento	Carteira / Nosso número
30/09/2024	000103364		N	30/09/2024	109/00103364-8
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento
	109	R\$			R\$ 31.346,40
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimentos
Nao Receber apos o vencimento					(-) Outras deduções
Boleto referente ao Pedido 50736 de 01/09/2024 a 30/09/2024. Departamento: LOUVEIRA - 45.349.461/0001-02					(+) 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					Cód. baixa
Sacador / Avalista					Autenticacao mecanica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



IPJ: 45.349.461/0001-02 Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Pedido: 50736 Período: 01/09/2024 até 30/09/2024
Total Benefícios: R\$ 31.346,40

Departamento: LOUVEIRA

Matrícula: Nome: ADNA RENATA DE FREITAS SABINO
CPF: 017.039.464-64 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Cargo: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: ALINE GARCIA ANGIOLETTO ALVES
CPF: 282.565.688-79 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Cargo: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: ALINE MOREIRA LINO BATISTA
CPF: 488.512.448-47 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Cargo: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: AMANDA LEITE MACHADO
CPF: 378.318.698-67 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Cargo: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: Nome: ANA CLEIA ALVES DA SILVA
CPF: 042.771.081-21 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Cargo: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40

Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:045.996.254-00
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: ANA GLORIA LOPES DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:108.180.838-16
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:034.403.481-05
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:401.205.148-26
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: ANA PAULA PEREIRA BORTOLOSSI
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:418.946.908-42
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:282.581.448-20
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: ANDREIA APARECIDA GARCIA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

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

LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
'F:328.960.728-37
Classe: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANGELA MARIA CANDIDO
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
'F:061.879.454-92
Classe: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ANNE FRANCYELLE GOMES VIANA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
'F:136.810.494-08
Classe: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ARIELLE DOS SANTOS BARBOSA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
'F:083.965.884-22
Classe: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
'F:029.380.545-80
Classe: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: BIANCA SOUZA MESSIAS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

Matrícula:
'F:468.611.218-43
Classe: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: BRUNA MENDES DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:302.234.038-90
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:322.529.828-02
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:349.766.538-03
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:064.466.175-50
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DANIELE BARROS DIAS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:407.511.418-01
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: DEBORA DE OLIVEIRA SOARES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:396.271.268-29

Nome: DEISIANE MACIAL TELES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)		Departamento: LOUVEIRA	
nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
		Total: R\$ 282,40	

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: 'F:059.816.155-40		Nome: DELFRAN JOSE DE SANTANA	
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
nefício		Departamento: LOUVEIRA	
	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
		Total: R\$ 282,40	

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: 'F:436.967.198-11		Nome: DENICLEIA DE OLIVEIRA SILVA	
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
nefício		Departamento: LOUVEIRA	
	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
		Total: R\$ 282,40	

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: 'F:310.307.658-47		Nome: EDILENA DIOGO RIBEIRO	
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
nefício		Departamento: LOUVEIRA	
	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
		Total: R\$ 282,40	

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: 'F:004.814.519-00		Nome: EDINEIA DIOGO CAINELI	
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
nefício		Departamento: LOUVEIRA	
	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
		Total: R\$ 282,40	

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: 'F:369.270.938-26		Nome: EDUARDO HUMBERTO CAMARGO	
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)		Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA	
nefício		Departamento: LOUVEIRA	
	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
		Total: R\$ 282,40	

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:	Nome: ELTON GONCALVES DE FREITAS
-----------------	---

'F:346.579.748-58

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:

'F:089.820.446-12

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: EMILLY FERREIRA JORGE

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:

'F:269.625.168-19

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: EVELINE AGUILLERA PEREIRA LIMA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:

'F:450.623.728-52

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: FABIULA DE JESUS SILVA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:

'F:372.418.278-30

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: FERNANDA DE OLIVEIRA RAMOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:

'F:137.380.888-81

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: FILOMENA RUAS AFONSO LEAL

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:

'F:418.188.038-95

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: FRANCELIELLY APARECIDA ROSA FELISARDO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:334.416.328-00

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: FRANCIIVALDA DE SOUSA SILVEIRA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:435.545.158-00

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: GABRIEL SILVA DE SOUZA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:477.005.118-29

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: GABRIELA FALAVINHA M LIMA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:279.281.538-82

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: GARDENIA ALVES DA ROSA TAVARES

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:274.310.598-41

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: GEANA APARECIDA MOREIRA COSTA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:480.148.818-85

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: GEOVANA ROSA DOS SANTOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:401.082.198-10

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: GEOVANNI DE PAULA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:333.645.528-60

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: GLAUCIA CONCEICAO PEREIRA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:873.215.054-72

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: GLORIA DE FATIMA DOS SANTOS DIOLINDO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:057.788.805-61

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: GRACIELE PEREIRA SANTOS ALVES

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:358.386.428-07

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: GRAZIELE NASCIMENTO DOMINGOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula: Nome: GREICIANE ANIELE ANTUNES DIAS
'F:395.270.168-86 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula: Nome: IDIRLEI FERNANDO DE MELO
'F:325.873.718-56 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula: Nome: JANAINA FERNANDES LISBOA
'F:112.404.416-73 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula: Nome: JEINNY CAROLAYNE DE PONTES MARIANO
'F:460.263.238-64 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula: Nome: JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA COSTA
'F:319.980.348-28 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula: Nome: JESICA ARIANE DE FRANCA BORGES
'F:372.515.838-01 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:405.633.238-09
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:481.091.238-80
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: JESSICA SOUZA PEREIRA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:115.469.734-78
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:289.244.948-05
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:123.478.557-94
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:327.925.758-16
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: KATIANE RODRIGUES DE MELO BUENO DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40

Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:134.151.694-64
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: LEIDAYANE CARVALHO SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:433.397.998-65
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:246.164.138-27
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:378.216.928-08
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:390.017.298-60
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: LIDIANY ROBERTA FELIZARDO DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

trícula:
'F:292.367.948-23
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

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

LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:763.993.708-68
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:087.568.594-30
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:062.747.614-70
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:120.580.034-46
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:219.604.258-70
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA APARECIDA CAMURCI PERCEGUINI
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:427.314.372-00
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:297.389.638-00
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA APARECIDA OLIVEIRA DE PAULA E SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:149.956.938-66
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:873.167.495-04
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: MARIA DO SOCORRO TAVARES DOS SANTOS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:161.778.528-82
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:923.280.244-91
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

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

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:
'F:120.530.094-54

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

'F:165.293.668-81
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:393.265.078-66
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:485.678.708-01
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:063.528.693-94
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: MONALIZA CALISTO LIMA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:491.089.168-45
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: NALANDA LEITE MALDONADO CONDORI
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:105.585.596-38
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: NATALIA MARCELA DOS SANTOS LUZ DA SILVA
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:259.759.188-39

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: NITHIA ROBERTA MONTEIRO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:295.019.508-32

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: PATRICIA APARECIDA CORREA BERTI

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:453.887.278-40

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: PAULA SILVA TORRES

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:279.347.948-94

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: PRISCILA DOMINGUES CAZARIM

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:410.495.968-54

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: RAFAELA PORTO DA COSTA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:

'F:422.842.158-07

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

nefício

Nome: RAMON BARBOSA NASCIMENTO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:138.946.198-05

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: RICARDO DA SILVEIRA ROSA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:954.308.654-00

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: RITA CAETANO DA S SANTOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:298.391.468-23

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:043.299.555-20

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: RONILSON FERNANDES DE AZEVEDO

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:302.940.908-27

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: ROSANA APARECIDA DA SILVA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

itricula:

'F:331.054.368-47

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

neficio

Nome: RUTIERI ROCHA DA SILVA

Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: Nome: SARA LIMA XAVIER NASCIMENTO

'F:494.104.228-09 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: Nome: SARAH VITORIA MATOS

'F:489.622.968-10 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: Nome: SHEILA SOARES ANDRADE

'F:073.861.373-89 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: Nome: SIDNEIA DE SOUZA ARAUJO

'F:215.877.698-67 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: Nome: SILVANIA DA SILVA

'F:318.647.778-69 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula: Nome: SILVIA DE SOUZA YANSEN

'F:287.939.998-01 Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) Departamento: LOUVEIRA

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:816.263.985-34
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:163.475.008-09
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:350.713.528-00
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: TATIANE DOS REIS
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:102.264.728-84
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

Nome: TELMA APARECIDA ZANONI GON?ALVES
Local de Trabalho: HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA
Departamento: LOUVEIRA

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:272.936.988-01
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40
			Total: R\$ 282,40

sinatura: _____

Data: ____/____/____

trícula:
'F:105.578.726-77
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
nefício

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

	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇÃO SODEXO - AHBB 282,40	1	R\$ 282,40	R\$ 282,40

Total: R\$ 282,40

sinatura: _____ Data: ____/____/____

Total Parcial de Benefícios: R\$ 31.346,40
Taxa Administrativa: R\$ 0,00
Taxa Adm. Cartão: R\$ 0,00
Taxa Emissão Cartão: R\$ 0,00
Outras Taxas: R\$ 0,00
Taxa de Entrega: R\$ 0,00
Repasse: R\$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras
Total Geral: R\$ 31.346,40

Emissão: 02/10/2024 08:29

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0049/00000059420-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: TH ENGENHARIA CLINICA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 4.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19120667

Chave de Segurança: J47KVHSP5VMPSLJ

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

05/30

 20241001u42160334000172	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número da Nota 00000245		
		Data e Hora de Emissão 01/10/2024 15:06:13		
		Código de Verificação A6EX-HSLU		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72 Nome/Razão Social: TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA Endereço: AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930 Município: São Paulo Inscrição Municipal: 6.958.531-8 UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Endereço: R Doutor Orlando Thiago Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064 Município: Garça Inscrição Municipal: ---- UF: SP E-mail: controladoria@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
servicos de manutencao de equipamentos hospitalares Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira. PERIODO SET 2024				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 4.000,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 07498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, elevadores e congêneres.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

Relatórios de visita técnica

ID	Duração
51	24/09/24 08:30 à 24/09/24 12:30

Unidade

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Fantasia: LOUVEIRA
Endereço: Rua LUIS MARTINS DA CRUZ, 63-BAIRRO SANTO ANTONIO, 13291-010

Relato/Parecer

1. Verificação das Camas Mecânicas

Durante a vistoria realizada nas camas mecânicas da unidade, foi observado o seguinte:

- Cama emergência adulta de **número de série 583576100**: O colchão desta cama está **rasgado**.
- Todas as outras camas foram inspecionadas e encontradas em bom estado de conservação e funcionamento.

2. Desfibriladores

Na avaliação dos desfibriladores da unidade, foi constatado um problema relacionado ao uso **inadequado das bobinas** de impressão. A equipe estava armazenando várias bobinas, pois acreditavam que os erros de impressão eram causados por defeitos nas bobinas. Contudo, após a inspeção, verificou-se que o problema era devido ao **mal posicionamento** das bobinas no equipamento. Foi realizada a devida orientação sobre o posicionamento correto das bobinas, evitando futuros erros.

3. Aspirador Cirúrgico

Foi registrado o recebimento de um aspirador cirúrgico da marca Multi Saúde, com o **número de série 20231201025**. O equipamento chegou completo, incluindo todos os acessórios necessários para seu pleno funcionamento, e foi devidamente incluído no inventário da unidade. Após os testes, verificou-se que o equipamento está em perfeito estado de funcionamento.

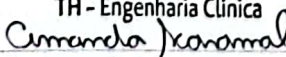
4. Vistoria Geral dos Equipamentos

Foi realizada a vistoria de todos os equipamentos da unidade, abrangendo os seguintes pontos:

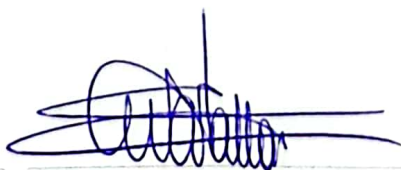
- **Condicionamento físico**: Todos os equipamentos foram avaliados quanto ao estado físico e conservação.
- **Funcionamento**: Testes de funcionamento foram executados, e todos os equipamentos estão operando dentro dos padrões estabelecidos.
- **Orientação aos funcionários**: Foi reforçada a orientação sobre o uso correto dos equipamentos e a importância da manutenção preventiva.

Conclusão

Após a vistoria, foram identificadas ações corretivas necessárias, como a substituição do colchão rasgado e o **reposicionamento adequado** das bobinas nos desfibriladores. O aspirador cirúrgico, que chegou completo e em perfeito estado, foi adicionado ao inventário. Os demais equipamentos encontram-se em conformidade com os requisitos de segurança e operação da unidade.

Amanda Scaramal
Técnica de Engenharia Clínica
TH - Engenharia Clínica


Técnico: Amanda Scaramal
CPF: 451.683.118-06
E-mail: amanda@thosp.com.br



Responsável 1: Wallace Augusto de Almeida
CPF: 644.160.116-87
E-mail: diretorio@louveira-abbb.org.br
Wallace Almeida
Diretor Administrativo
Hospital Santo Antônio

Responsável 2:
CPF:
E-mail:

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/1751/00000099790-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: NUMERA ASSESSORIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 53.504.385/0001-90

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 8.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19179782

Chave de Segurança: E9NZKQM51C6MQCCK

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

15912119U4



Nº Nota

52

Série 2

Nº RPS:

-

Data de Emissão

01/OUT/2024 - 16:30:39

Competência

10/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **NUMERA ASSESSORIA CONTABIL**Nome Fantasia: **NUMERA ASSESSORIA CONTABIL**CNPJ/CPF: **53.504.385/0001-90**Endereço: **RUA DOUTOR JOAO BAPTISTA CARRI, 134**Complemento **Não Informado**Município: **São Carlos**E-mail: **KELBELTRAMI@GMAIL.COM**Insc. Municipal: **102712**

Insc. Estadual:

Bairro: **PQ RES MARIA**UF: **SP**CEP: **13.568-410**País: **BRASIL**

Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CNPJ/CPF: **45.349.461/0001-02**Endereço: **R DR ORLANDO T SANTOS, 50**

Complemento:

Município: **GARCA**E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

Insc. Municipal:

Insc. Estadual:

Bairro: **WILLIAMS**UF: **SP**CEP: **17.402-064**País: **BRASIL**Telefone: **(16) 3374-8438****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

servico de assessoria contabil

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira.

PERIODO SET 2024

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 8.000,00**Local de Prestação: **SÃO CARLOS - SP**Local de Incidência: **SÃO CARLOS**

Cod. CNAE: 6920601 - Ativ. Serviço: 17.19 - Atividades de contabilidade

Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$)	Valor do COFINS Retido (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vlr Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)
0,00	0,00	8.000,00	3,00	240,00
				Valor Líquido da Nota (R\$)
				8.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) NUMERA ASSESSORIA CONTABIOLOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:

15912119U4

Número da Nota:

52

Local

Data

Assinatura

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/0049/00000052941-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: GESTARE SERVICOS COMBINADOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 32.000,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19234014

Chave de Segurança: Q2SJY9GWMFPPYU9X

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

15912839QK



Nº Nota

218

Série 2

Nº RPS:

-

Data de Emissão

01/OUT/2024 - 17:12:09

Competência

10/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**

Nome Fantasia:

CNPJ/CPF: **34.298.678/0001-14**Insc. Municipal: **92592**

Insc. Estadual:

Endereço: **RUA QUINZE DE NOVENBRO, 2696**Complemento **LOC.. Q.. 002 L.. 029**Município: **São Carlos**E-mail: **CONTABILIDADE@GESTARECSC.COM.BR**Bairro: **CENTRO**UF: **SP**CEP: **13.560-240**País: **BRASIL**

Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOSRazão Social/Nome: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CNPJ/CPF: **45.349.461/0001-02**

Insc. Municipal:

Insc. Estadual: **104244**Endereço: **RUA DR OLANDO THIAGO SANTOS, 50**

Complemento:

Município: **GARÇA**E-mail: **MCC@MCCASSESSORIA.COM.BR**Bairro: **WILLIAMS**UF: **SP**CEP: **17.402-064**País: **BRASIL**Telefone: **(14)3532-5198****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

rateios corporativos.

Contrato de Gestao 001/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Louveira

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 32.000,00**Local de Prestação: **SÃO CARLOS - SP**Local de Incidência : **SÃO CARLOS**

Cod. CNAE: 8211300 - Ativ. Serviço: 17.12 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Valor do INSS Retido (R\$)	Valor do IRRF Retido (R\$)	Valor do CSLL Retido (R\$)	Valor do PIS Retido (R\$)	Valor do COFINS Retido
0,00	0,00	0,00	0,00	(R\$) 0,00
Vlr Deduções (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Base de Cálculo do ISS (R\$)	Alíquota	Valor do ISS (R\$)
0,00	0,00	32.000,00	3,00	960,00
				Valor Líquido da Nota (R\$) 32.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/RECEBEMOS
DO(A) **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDAOS SERVIÇOS**
CONSTANTES NA NFS-e

Código de Verificação:

15912839QK

Número da Nota:

218

Local

Data

Assinatura



Louveira/SP, 30 de Setembro de 2024.

**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL -
AHBBCNPJ: 45.349.461/0001-02**

UNIDADE: Hospital Santo Antonio – Louveira - SP

Prezados,

Encaminhamos relatório dos trabalhos realizados na ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB, Unidade :Hospital Santo Antonio –Louveira-SP

- Admissões no sistema via intranet

CONTRATO DE GESTÃO – 001/2024 – Hospital Santo Antonio-Louveira/SP

Período: 01/09/2024 a 30/09/2024

Aividades realizadas no mes de Setembro de 2024

1. Departamento Pessoal e Recursos Humanos:

- Envio das admissões para o esocial
- Controle dos atestados no esocial
- Importação e leitura diária das marcações de pontos
- Criação de escalas e horários de trabalho
- Suporte a equipe da unidade
- Calculo de férias
- Envio do pagamento de férias para o financeiro
- Levantamento de documentos de processos trabalhistas
- Organizações das audiências
- Calculos de rescisões
- Envio do fgts digital multa 40%
- Seguro desemprego
- Envio do pagamento das rescisões para o financeiro
- Calculo da folha de pagamento
- Envio do pagamento da folha de pagamento para o financeiro
- Provisões mensais
- Envio do e social

- Envio do darf
- Envio do fgts digital
- Solicitações de seguro de vida, vale alimentação e vale transporte
- Envio da dirf
- Controle do quadro de funcionários
- Aprovação vagas novas
- Apuração de conflitos
- Acompanhamento do rh da unidade

2. Auditoria e Controladoria:

- Aprovação das compras mensais de todos os setores
- Fechamento DRE e Teto de Gastos no mes
- Conciliação contas bancarias e sistema
- Fechamento do relatório mensal financeiro do projeto
- Encaminhado ao diretor local o relatório das receitas e despesas no mes
- Correções de notas em desacordo com o projeto

3. Contabilidade e Fiscal:

- Apuração dos Impostos federais e inclusão no e-cac para gerar guia
- Lançamentos no sistema da Prefeitura (Tomador de serviço) para emissão de guia de ISS e atendimento da lei referente a inclusão no sistema de todas as notas de serviços.
- Conciliação de contas contábeis
- Confecção do balanço e balancete conforme normas contábeis para o terceiro setor

4. Apoio Administrativo:

- Reuniões internas e externas com o apoio local
 - Auxílio direto aos membros de toda a equipe
 - Organização de documentos
 - Controle de arquivos
 - Controle de matérias de escritório
 - Recebimento de correspondências
 - Atendimento de ligações
- 

gestare

📍 Rua XV de Novembro 2696
CEP 13.560-241
Pq. Santa Mônica
São Carlos/SP

☎ 16 3374.8438
🌐 www.gestarecsc.com.br
✉ contato@gestarecsc.com.br



Carla Lima Sato
Diretoria Financeira
CPF: 074.474.378-83

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00282771647-0

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ODONTO SORRISO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 56.932.991/0001-03

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 6.300,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 97460585

Chave de Segurança: Q0GLEE7L8TRSUQHU

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

30/30

 20240930u56932991000103	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO		Número da Nota 00000004	
	SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA		Data e Hora de Emissão 30/09/2024 14:21:43	
	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Código de Verificação GRZM-PHAR	
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 Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antônio Plantão 03/09/2024 Noturno, Plantão 07/09/2024 Diurno, Plantão 10/09/2024 Noturno, Plantão 14/09/2024 Diurno, Plantão 17/09/2024 Noturno, Plantão 21/09/2024 Diurno, Plantão 24/09/2024 Noturno, Plantão 28/09/2024 Diurno, Plantão 29/09/2024 Diurno Totalizando o Valor de R\$ 6.300,00, Dados Para Depósito Banco 0260 Nu Pagamentos S.A Agência 001 Conta 282771647-0 CNPJ 56.932.991/0001-03				
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 SETEMBRO/24			
Dentista	Dias Plantão - Dia(D) e Noite(N)		
José Eduardo da Costa (F/C)	01N, 04D, 04N, 08N, 11D, 11N, 15N, 18D, 18N, 22N, 25D, 25N, 29N		
Fernando Coelho (Bructors)	05D, 06N, 12D, 13N, 19D, 20N, 26D, 27N	13	R\$ 9.100,00
Bruno Coelho (Bructors)	02N, 05N, 09N, 12N, 16N, 19N, 23N, 26N, 30N	8	R\$ 5.600,00
Dante Lucchesi	02D, 06D, 09D, 13D, 16D, 20D, 23D, 27D, 30D	9	R\$ 6.300,00
Maria do Carmo (Odonto Sorriso)	03N, 07D, 10N, 14D, 17N, 21D, 24N, 28D, 29D	9	R\$ 6.300,00
Larissa Galvão	01D, 07N, 08D, 14N, 15D, 21N, 22D, 28N	9	R\$ 6.300,00
Juliana Bezerra	RT DA ODONTOLOGIA	8	R\$ 5.600,00
Fernanda Carvalho	03D, 10D, 17D, 24D	0	R\$ 7.500,00
		4	R\$ 2.800,00
	TOTAL	60	R\$ 49.500,00

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

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:10:52

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/9122/00000000212-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SITCON TECNOLOGIA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 42.323.482/0001-60

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 15.065,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 19614511

Chave de Segurança: KV5N1GFKY6XGRMUU

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

080935

Data da emissão
de Nota/Fatura:

Emissão: 09/10/2024

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

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.

31/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024103019002fb9ea8711b
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 30/10/2024 às 16:17:27
Valor Original: R\$ 718,19 **Valor Atualizado:** R\$ 718,19

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: 37652968695
Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124103035188692-9

Tag
30/10/2024 13:14

Pagar este documento até
30/10/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

718,19

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	336,68	344,03	37,48	718,19
Total Geral:		0,00	336,68	344,03	37,48	718,19

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 30/10/2024 às 13:14:33 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



31/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202410301901dac955e56dc
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 30/10/2024 às 16:20:44
Valor Original: R\$ 425,51 **Valor Atualizado:** R\$ 425,51

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: 37653130490
Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124102133818910-2

Tag
21/10/2024 16:03

Pagar este documento até
25/10/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

403,31

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	184,29	219,02	0,00	403,31
Total Geral:		0,00	184,29	219,02	0,00	403,31

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 21/10/2024 às 16:03:30 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8655	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTO	298.391.468-23	000744761663-0	5.139,47
	Empregados: 1 Estagiários: 0		Total da Empresa:	5.139,47
	GARCA, 21/10/2024	Responsável:		

SERVIÇOS AO EMPREGADOR



- [Página Inicial](#)
- [Esclarecimentos sobre os serviços](#)
- [Sair](#)

[Início](#) | [Sítio da Caixa](#) | [CSE - Localizar Trabalhador](#) | CSE - Relação de Trabalhadores localizados

EXTERNO.CONFIDENCIAL

Selecione aqui o serviço desejado:

☐ Clique aqui caso deseje continuar operando com a conta localizada

:: Extrato FGTS do Trabalhador

Empregador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Data / Hora Consulta: 21/10/2024 10:48:54 017206

Nome: RITA CASSIA BISPO SANTOS
PIS/PASEP/NIT: 166.60083.23-6
Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
CNPJ/CEI/CPF: 45.349.461/0001-02
Cód. Estab.: 09970526914936
Nº Conta FGTS: 00000256740
Data/Cód. Movimentação: -
Taxa Juros: 3 %
Valor Base para Fins Rescisórios: R\$ 411,96
SALDO: R\$ 411,96

Categoria: 01
Data Admissão: 01/07/2024
Data Opção: 01/07/2024
Tipo Conta: OPTANTE
Base: SP
Atualizado em: 21/10/2024

Histórico dos Lançamentos

Data	Descrição dos Lançamentos	Valor R\$	Total R\$
20/08/2024	SALDO ANTERIOR		0,00
21/09/2024	DEPOSITO JULHO/2024	213,40	213,40
20/09/2024	CREDITO DE JAM	0,67	214,07
21/10/2024	DEPOSITO AGOSTO/2024	196,60	410,67
	CREDITO DE JUROS/ATUALIZACAO MONETARIA 0,003142	1,29	411,96

[RETORNAR](#) [VISUALIZAR IMPRESSÃO](#)

31/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024103019018b293c1ced3
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 30/10/2024 às 16:20:59
Valor Original: R\$ 756,18 **Valor Atualizado:** R\$ 756,18

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: 37653134144
Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

CPF/CNPJ do Empregador 45.349.461	Nome/Razão Social do Empregador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	
Núm. de Pág. 1	Identificador 0124103035187978-7	Tag 30/10/2024 13:11
Observações		Pagar este documento até 30/10/2024 às 21:59:59 (Brasília)
		Valor a recolher 756,18

Composição do Documento						
Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	338,15	378,54	39,49	756,18
Total Geral:		0,00	338,15	378,54	39,49	756,18

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 30/10/2024 às 13:11:37 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>

SERVIÇOS AO EMPREGADOR



- [Página Inicial](#)
- [Esclarecimentos sobre os serviços](#)
- [Sair](#)

[Início](#) | [Sítio da Caixa](#) | [CSE - Localizar Trabalhador](#) | CSE - Relação de Trabalhadores localizados

EXTERNO.CONFIDENCIAL

■

Selecione aqui o serviço desejado:

▼

☐ Clique aqui caso deseje continuar operando com a conta localizada

:: Extrato FGTS do Trabalhador

Empregador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

Data / Hora Consulta: 21/10/2024 10:48:54 017206

Nome:
PIS/PASEP/NIT:
Empresa:
CNPJ/CEI/CPF:
Cód. Estab.:
Nº Conta FGTS:
Data/Cód. Movimentação:
Taxa Juros:
Valor Base para Fins Rescisórios:
SALDO:

RITA CASSIA BISPO SANTOS
166.60083.23-6
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
45.349.461/0001-02
09970526914936
00000256740
-
3 %
R\$ 411,96
R\$ 411,96

Categoria: 01
Data Admissão: 01/07/2024
Data Opção: 01/07/2024
Tipo Conta: OPTANTE
Base: SP
Atualizado em: 21/10/2024

Histórico dos Lançamentos			
Data	Descrição dos Lançamentos	Valor R\$	Total R\$
20/08/2024	SALDO ANTERIOR		0,00
21/09/2024	DEPOSITO JULHO/2024	213,40	213,40
20/09/2024	CREDITO DE JAM	0,67	214,07
20/09/2024	DEPOSITO AGOSTO/2024	196,60	410,67
21/10/2024	CREDITO DE JUROS/ATUALIZACAO MONETARIA 0,003142	1,29	411,96

RETORNAR

VISUALIZAR IMPRESSÃO

31/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024103019023a7eb0b1944
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 30/10/2024 às 16:21:08
Valor Original: R\$ 301,74 **Valor Atualizado:** R\$ 301,74

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: 37653156654

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124103035189479-4

Tag
30/10/2024 13:17

Pagar este documento até
30/10/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

301,74

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	286,01	0,00	15,73	301,74
Total Geral:		0,00	286,01	0,00	15,73	301,74

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Data de geração da Guia: 30/10/2024 às 13:17:56 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



31/10/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024103018422d9eda32955

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 30/10/2024 às 16:22:11

Valor Original: R\$ 2.815,50 **Valor Atualizado:** R\$ 2.815,50 **Tarifa:** R\$ 8,50

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45349461000102

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: DESTRAAPOIO E PREV SEG TRAB L

CNPJ: 11814918000190

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Chave Pix: 11814918000190

Código da operação: 37653201793

Chave de segurança: 5613YM1GWCGJEF9N

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota 4513
Data de Emissão 07/10/2024
Data e Hora da Competência 07/10/2024 às 11:12:35
Código de Verificação 3547-1713-7679

PRESTADOR DE SERVIÇOS			
	CNPJ	11.814.918/0001-90	Cód. Mobiliário 76568
	Nome	DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME	
	Logradouro	RUA-ALTINO VAZ DE MELLO	
	Bairro	CENTRO	
	Município	PENÁPOLIS	
Insc. Mun.		2.299.2065	
RG/IE		521.154.679.119	
Número		221	
CEP		16300-035	
UF		SP	
Situação Não Optante do Simples Nacional			
Telefones			
E-Mail's			

TOMADOR DE SERVIÇOS			
CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;		
Inf. Comp.		Telefone	
Logradouro	DR ORLANDO T SANTOS	Número	50
Bairro	WILLIAMS	CEP	17402-064
Município	GARÇA	UF	SP
Complemento	HOSPITAL	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS					
Serviço	Descrição	Vir. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3.000,0000	1,00	0,00	3.000,00

Valor Total dos Serviços - R\$3.000,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS
ref. Convenio 0001/2024 - mês: 09/2024

TRIBUTOS						
PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
19,50	90,00		45,00	30,00		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPi (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.000,00				
Item da Lista 04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.				
Operação Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos		Dedução de Materiais/Equipamentos Não	Responsável pelo imposto Prestador dos Serviços	
Situação da Nota Fiscal Normal		Local do Serviço Dentro do Município		
Alíquota (%)	Base de Cálculo (R\$)	Vir. Total das Deduções (R\$)	Vir. Total Retido (R\$)	Vir. do ISS (R\$)
3,0000	3.000,00	0,00	184,50	90,00
VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.815,50				

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)
NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA
CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90
Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 4513 emitida em 07/10/2024 às 11:12:35 - Cód Verif 3547-1713-7679
Condições de Pagamento: Vencimento: 07/10/2024 Valor Total R\$ 3.000,00 Valor Líquido R\$ 2.815,50
Ass: _____ em _____/_____/_____
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura



Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH 11.814.918/0001-90		18/10/2024	2.815,50
ALTINO VAZ DE MELLO 221		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
CENTRO		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Penápolis - SP 16300-035		Data de Emissão	(=) Valor cobrado
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 19/10/2024 Juros 0,03%/dia A partir 19/10/2024 multa de 10,00% Não conceder desconto. Negativar no 10º dia útil após Venc.		09/10/2024	
		Coop Contr/Cód. Beneficiário	
		3183/218898	
		Nosso Número	
		468-0	

Dados do Pagador			
Nome do pagador			Número do Documento
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA			4513
Endereço			
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50			
Bairro / Distrito			
WILLIAMS			
Município		UF	CEP
GARCA		SP	17402-064
Mensagem Pagador			

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

Autenticação mecânica - Recibo do pagador



756

75691.31837 01021.889801 00046.800017 3 98730000281550

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					18/10/2024
Beneficiário					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário
DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH 11.814.918/0001-90					3183/218898
Data do documento	N. documento	Espécie	Aceite	Data processamento	Nosso número
09/10/2024	4513	NF	N	09/10/2024	468-0
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor documento
	1	R\$	0,00		2.815,50
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) A partir 19/10/2024 Juros 0,03%/dia A partir 19/10/2024 multa de 10,00% Não conceder desconto. Negativar no 10º dia útil após Venc. EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3183 SICOOB NOSSO					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
Pagador					(=) Valor cobrado
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA 45.349.461/0001-02					
RUA DR ORLANDO T SANTOS 50					
WILLIAMS					
GARCA - SP 17402-064					
Beneficiário Final					



Autenticação mecânica - Ficha de compensação

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23793.98850 00018.500003 14091.000000 0 32700256280

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: AOMED HEALTH SOLUTION **CPF/CNPJ:** 46.362.368/0001-09

Nome/Razão Social: AOMED HEALTH SOLUTION

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 29/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1850

Valor Calculado (R\$): 1850

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 1850

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37653225944

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA									
 AOMED passion for health		0-ENTRADA 1-SAÍDA		CHAVE DE ACESSO 3524 1046 3623 6800 0109 5500 1000 0002 9810 0002 9849							
AOMED INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA AOMED HEALTH SOLUTION RUA MARGINAL, 740 - VILA SANTO ANTÔNIO 13501-125 - RIO CLARO - SP - TEL.: (19) 3532-6935		298 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		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 MERCAD.AOD.TERC.				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242191214922 01/10/2024 10:42:39							
INSCRIÇÃO ESTADUAL 587.462.098.116		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 46.362.368/0001-09							
DESTINATÁRIO											
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL				CNPJ 45.349.461/0001-02							
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50				DATA DA EMISSÃO 01/10/2024							
MUNICÍPIO GARÇA				CEP 17402-064							
UF SP				DATA DA SAÍDA 01/10/2024							
FONE / FAX (16) 3374-8438				HORA DA SAÍDA 10:43:25							
FATURA / DUPLICATA											
PARCELAS											
001 29/10/2024 1.850,00											
CÁLCULO DO IMPOSTO											
BASE CÁLC ICMS 1.850,00		VALOR ICMS 333,00		TOTAL DOS PRODUTOS 1.850,00							
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		TOTAL DA NOTA 1.850,00							
VALOR DESCONTO 0,00		OUTRA3 DESP 0,00		VALOR IPI 0,00							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS											
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE				FRETE POR CONTA 0-Remetente							
ENDEREÇO MARIA CERON VOLPE, 2260				CÓDIGO ANTT							
MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO				PLACA DO VEIC							
QUANTIDADE 10				UF SP							
ESPECIE CAIXA				INSCRIÇÃO ESTADUAL							
MARCA				PESO BRUTO 100,000							
NUMERAÇÃO				PESO LÍQUIDO 100,000							
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS											
CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	R.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
LUV0030	LUYA PROCEDIM LATEX COM PO TAM M 100UN Lote=SRI38/24 Fab=30/01/2024 Val=30/01/2029 Qtd=100 Registro ANVISA: 80495510066	40151200	000	5102	006	100	18,50	1.850,00	1.850,00	333,00	18,00
DADOS ADICIONAIS											
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA LUIZ MARTINS CRUZ, 63- JARDIM LAGO AZUL- LOUVEIRA - SAO PAULO- SP CEP: 13294394 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Seu Pedido: ORCAMENTO 182						RESERVADO AO FISCO					



bradesco | 237-2 |

Boleto atualizado para pagamento apenas nesta data.
23790.31400 91000.000033 27002.562802 3 98850000185000

Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Vencimento 30/10/2024
Beneficiário AOMED HEALTH SOLUTION - CNPJ/CPF:046.362.368/0001-09 R MARGINAL , 740 - - VILA SANTO ANTONIO 13501-125 - RIO CLARO - SP					Agência/Código Beneficiário 0314/25628-5
Data do doc. 01/10/2024	Nº do documento 000298/001	Espécie doc. DM	Aceite Não	Data Proces. 02/10/2024	Nosso Número 09/10/000000327-9
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.850,00
Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - CNPJ/CPF: 045.349.461/0001-02 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Beneficiário final: Não informado					
Recibo do Pagador					

Autenticação Mecânica



bradesco | 237-2 |

Boleto atualizado para pagamento apenas nesta data.
23790.31400 91000.000033 27002.562802 3 98850000185000

Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Vencimento 30/10/2024
Beneficiário AOMED HEALTH SOLUTION - CNPJ/CPF:046.362.368/0001-09 R MARGINAL , 740 - VILA SANTO ANTONIO 13501-125 - RIO CLARO - SP					Agência/Código Beneficiário 0314/25628-5
Data do doc. 01/10/2024	Nº do documento 000298/001	Espécie doc. DM	Aceite Não	Data Proces. 02/10/2024	Nosso Número 09/10/000000327-9
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.850,00
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Pagável Preferencialmente nas Agências Bradesco					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - CNPJ/CPF: 045.349.461/0001-02 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Beneficiário final: Não informado					
Ficha de Compensação					



Autenticação Mecânica

Este boleto foi emitido 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.			

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:46:59

Banco Recebedor: STONE PAGAMENTOS S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 19797.98850 00280.582200 00069.026137 3 38720125170

Instituição Emissora - Nome do Banco: STONE PAGAMENTOS S.A.

Código do Banco: 197 **Código do ISPB:** 16501555

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS **CPF/CNPJ:** 28.070.436/0001-76

Nome/Razão Social: INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS

Pagador Sacado

Nome Fantasia: Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0021-56

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 30/10/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 30/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 28058.22

Valor Calculado (R\$): 28058.22

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 28058.22

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 30/10/2024 -

Código da operação: 37653221508

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Recebemos de Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli (Integral Nuttri) os produtos e/ou serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: Associacao Hospitalar Beniciente do Brasil - AHBB. Valor total: 28.058,22

NF-e
Nº 4786
Série 1
Emissão 16/10/2024

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: 4786
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 1028 0704 3600 0176 5500 1000 0047 8617 3164 1510

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

135242332651982 16/10/2024 11:57:31

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 Beniciente do Brasil - AHBB

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

16/10/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA DE SAÍDA

16/10/2024

MUNICÍPIO

Garca

FONE/FAX

14996349390

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

11:57:06

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	30/10/2024	28.058,22						

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	28.058,22
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
				28.058,22

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
2.575				0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	BC ICMS ST	VALOR ICMS ST	BC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
2827	Desjejum Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 17,79	21069090	090	5101	Un	150,0000	3,2500	487,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2817	Desjejum Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 5,62	21069090	090	5101	Un	50,0000	3,0800	154,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2842	Desjejum Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 4,06	21069090	090	5101	Un	39,0000	2,8500	111,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2828	Colacao Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 10,95	21069090	090	5101	Un	150,0000	2,0000	300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2840	Colacao Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 2,07	21069090	090	5101	Un	30,0000	1,8900	56,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2843	Colacao Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 3,85	21069090	090	5101	Un	60,0000	1,7600	105,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2735	Almoco Paciente Valor dos Impostos: R\$ 117,60	21069090	090	5101	Un	180,0000	17,9000	3.222,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2818	Almoco Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 36,14	21069090	090	5101	Un	60,0000	16,5000	990,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2844	Almoco Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 33,49	21069090	090	5101	Un	60,0000	15,2900	917,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-S	Merenda Valor dos Impostos: R\$ 15,33	21069090	090	5101	Un	120,0000	3,5000	420,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2819	Merenda Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 3,64	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,3200	99,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3923	Merenda liquida Valor dos Impostos: R\$ 3,36	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,0700	92,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2830	Jantar Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 117,60	21069090	090	5101	Un	180,0000	17,9000	3.222,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2820	Jantar Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 19,27	21069090	090	5101	Un	32,0000	16,5000	528,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2846	Jantar Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 16,74	21069090	090	5101	Un	30,0000	15,2900	458,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 8.828,77. Fonte: IBPT BEA5CD - Faturamento referente ao periodo de 01/09/2024 ate 30/09/2024 - Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antonio Trib. aprox. R\$: 3.780,57 Federal, 5.050,49 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br AB35A7

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: 4786

SÉRIE: 1

FOLHA: 2/2

CHAVE DE ACESSO

3524 1028 0704 3600 0176 5500 1000 0047 8617 3164 1510

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

135242332651982 16/10/2024 11:57:31

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 ST	VALOR ICMS ST	BC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS
2854	Ceia Dieta Geral Valor dos Impostos: R\$ 18,91	21069090	090	5101	Un	148,0000	3,5000	518,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2821	Ceia Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 3,64	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,3200	99,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2847	Ceia Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 6,72	21069090	090	5101	Un	60,0000	3,0700	184,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2769	Desjejum Acompanhante Valor dos Impostos: R\$ 19,16	21069090	090	5101	Un	150,0000	3,5000	525,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2742	Almoco Funcionario Valor dos Impostos: R\$ 98,00	21069090	090	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2824	Jantar Acompanhante Valor dos Impostos: R\$ 117,60	21069090	090	5101	Un	180,0000	17,9000	3.222,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2832	Agua 1,5L Valor dos Impostos: R\$ 29,56	22011000	090	5101	Un	180,0000	4,5000	810,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4062	Desjejum diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 7,95	21069090	090	5101	Un	60,0000	3,6300	217,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4063	Colacao diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 2,45	21069090	090	5101	Un	30,0000	2,2400	67,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4064	Almoco diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 43,37	21069010	090	5101	Un	61,0000	19,4800	1.188,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4065	Merenda diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 4,28	21069010	090	5101	Un	30,0000	3,9100	117,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4066	Jantar diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 44,79	21069010	090	5101	Un	63,0000	19,4800	1.227,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4067	Ceia diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 4,28	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,9100	117,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2885	Suplemento Impact Valor dos Impostos: R\$ 7,28	21069090	090	5101	Un	5,0000	39,9000	199,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2576	Isosource 1.5 Cal S/Sac (S.F.) - 1000ML Valor dos Impostos: R\$ 46,48	21069090	090	5101	Un	15,0000	84,9000	1.273,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4071	Novasource GC Valor dos Impostos: R\$ 43,88	21069010	090	5101	Un	15,0000	80,1500	1.202,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3868	NovaSource Senior Valor dos Impostos: R\$ 71,03	21069090	090	5101	Un	20,0000	97,3000	1.946,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3093	Novasource Gi Control - 1000ml S.F Valor dos Impostos: R\$ 36,83	21069090	090	5101	Un	10,0000	100,9000	1.009,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3882	Nutren 2.0 200ml Valor dos Impostos: R\$ 5,27	21069090	090	5101	Un	5,0000	28,9000	144,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2571	Fibermais Sachet - 05g Valor dos Impostos: R\$ 5,10	21069090	090	5101	Cx 6un	2,0000	69,9000	139,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

stone

197-1

19790.00005 69026.137336 87201.251706 7 98850002805822

Local de Pagamento					Data de Vencimento	
Pague em qualquer instituição autorizada.					30/10/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço:					Agência/Código Beneficiário	
INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS EIRELI					0001 / 888523-8	
Data do Documento		Num. do Documento	Espécie doc	Aceite	Data Processamento	Carteira/Nosso Número
17/10/2024		4786		N	17/10/2024	69026137338720125170
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda		Valor Moeda	(=) Valor do Documento
	001	R\$				R\$ 28.058,22
Instruções O preenchimento e inclusão de informações é de exclusiva responsabilidade do cliente Stone. O pagamento é processado em até 1 dia útil. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Juros/Multa
						(=) Valor Cobrado
Nome do Pagador: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil					CNPJ: 45.349.461/0021-56	
Endereço:						
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	

stone

197-1

19790.00005 69026.137336 87201.251706 7 98850002805822

Local de Pagamento					Data de Vencimento	
Pague em qualquer instituição autorizada.					30/10/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço:					Agência/Código Beneficiário	
INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS EIRELI					0001 / 888523-8	
Data do Documento		Num. do Documento	Espécie doc	Aceite	Data Processamento	Carteira/Nosso Número
17/10/2024		4786		N	17/10/2024	69026137338720125170
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade Moeda		Valor Moeda	(=) Valor do Documento
	001	R\$				R\$ 28.058,22
Instruções O preenchimento e inclusão de informações é de exclusiva responsabilidade do cliente Stone. O pagamento é processado em até 1 dia útil. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.						(-) Descontos/Abatimento
						(+) Juros/Multa
						(=) Valor Cobrado
Nome do Pagador: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil					CNPJ: 45.349.461/0021-56	
Endereço:						
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	



Comprovante de Transação TEV

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:17:26

Dados do Pagamento

Conta Origem: 3104 / 1292 / 000578032686-6

Conta Destino: 1350 / 3701 / 000586216487-8

Dados do Destinatário

Nome: RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS

Valor: R\$ 7.209,77

Informações do Pagamento

Data da Transação: 30/10/2024

Código da Operação: 301631

Chave de Segurança: C02KLY00L4UX7THV

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

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 166.60083.23-6		11 Nome RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA JOAO MARTELLI, 127 - CASA 01				13 Bairro RESIDENCIAL BURCH	
14 Município LOUVEIRA		15 UF SP	16 CEP 13.294-110	17 CTPS (nº, série, UF) 92010000000 - 00053 / B/	18 CPF 298.391.468-23
19 Data de Nascimento 05/11/1977		20 Nome da Mãe MARIA BISPO DOS SANTOS			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado					
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador					
23 Remuneração Mês Ant. 2.469,28		24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio 14/10/2024	26 Data de Afastamento 14/10/2024	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00		29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 14/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 816,66	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 131,78	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 19,34 horas 40,00%	R\$ 75,21
56.1 Horas Extras 2,48 horas a 50%	R\$ 18,08	56.2 Horas Extras 10,51 horas a 100%	R\$ 237,34	57 Gorjetas	R\$ 0,00
58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00	59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 82,66	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 1.750,00
61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00	62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R\$ 614,28
64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R\$ 0,00	65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 614,28	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00
68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 273,01	69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 2.457,10	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 204,75
71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 204,75	95 Outras Verbas (MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL)	R\$ 2,46		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 7.482,36
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\$ 102,31	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 61,42
114.1 IRRF	R\$ 108,86	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 272,59
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 7.209,77

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
8655	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTO	298.391.468-23	000744761663-0	5.139,47
	Empregados: 1 Estagiários: 0		Total da Empresa:	5.139,47
	GARCA, 21/10/2024	Responsável:		

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 31/10/2024 às 10:14:50

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 323/0001/05253473512-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: PRISCILA DOMINGUES CAZARIM

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 279.347.948-94

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 7.349,51

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/10/2024

Data da Operação: 30/10/2024

Código da Operação: 22278365

Chave de Segurança: V54GNW5A61RJ2YW8

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

TERMO DE RESCISAO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS	
05 Município GARCA		06 UF SP	07 CEP 17.402-064	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR					
10 PIS/PASEP 125.94054.25-0		11 Nome PRISCILA DOMINGUES CAZARIM			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua AVENIDA NAMI AZEM, 1318 - CASA 2				13 Bairro JARDIM ITALIA	
14 Município JUNDIAI		15 UF SP	16 CEP 13.219-715	17 CTPS (nº, série, UF) 03055800000 - 02115 / SF	18 CPF 279.347.948-94
19 Data de Nascimento 10/01/1978		20 Nome da Mãe ANTONIA DA SILVA OLIVEIRA			
DADOS DO CONTRATO					
21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada					
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado					
23 Remuneração Mês Ant. 4.959,57		24 Data de Admissão 03/09/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 17/10/2024	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 17/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 2.550,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 160,03	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 4.500,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	R\$ 797,07	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 398,53	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 132,84
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\$ 68,18				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 8.606,65
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	106 Vale-Transporte	R\$ 270,00	112.1 Previdência Social	R\$ 232,20
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 59,78	114.1 IRRF	R\$ 695,16	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 1.257,14
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 7.349,51

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:31:28

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/3383/00000064900-7

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: DENTAL GLOBO MATERIAIS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 05.738.179/0001-00

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 420,30

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 31/10/2024

Data da Operação: 31/10/2024

Código da Operação: 61479392

Chave de Segurança: PF3JG2TFHUIJ0K6N9

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RECEBEMOS DE DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO) OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000.026.368 SÉRIE 001
EMISSION: 30/10/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL - VALOR TOTAL: R\$ 420,30		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.026.368 fl. 1 / 2 SÉRIE 001	
DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME (DENTAL GLOBO)			CHAVE DE ACESSO
AV.LARANJEIRAS, 1158 - VILA QUEIROZ - CEP:13485-020 - LIMEIRA - SP TEL: (19)3444-7550 dentalglobo@uol.com.br			3524 1005 7381 7900 0100 5500 1000 0263 6811 8664 3506
NATUREZA DE OPERAÇÃO		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		135242454036962 30/10/2024 11:01:36	
417243313118		CNPJ / CPF	
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		05.738.179/0001-00	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL		45.349.461/0001-02	30/10/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		WILLIANS	17402-064
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
GARCA	(16)3374-8438	SP	HORA DA SAÍDA
			10:55:00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	128,57	420,30
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	420,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
DENTAL GLOBO MATERIAS ODONTOLOG. LTDA ME		0 - REMETENTE			05.738.179/0001-00
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV.LARANJEIRAS, 1158		LIMEIRA		SP	417243313118
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CÓDIGO DO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
12027	ADESIVO AMBAR 4ML FGM Lote 130624 (Trib.Fed.R\$ 7,13 Trib.Est.R\$ 6,36) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$58,90 LOTE: 130624 QTD: 1,00 FAB: 30/06/2024 VAL: 30/06/2027	30064012	0102	5102	UN	1,0000	53,01000	53,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25915	BABADOR PARTNER BRANCO Lote 123456 (Trib.Fed.R\$ 2,72 Trib.Est.R\$ 3,39)	48030090	0102	5102	PT	1,0000	18,81000	18,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01477	BROCA KG 1016 Lote SL (Trib.Fed.R\$ 5,65 Trib.Est.R\$ 6,76)	90184919	0102	5102	UN	3,0000	12,51000	37,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23314	BROCA ZECRYA CURTA PRIMA Lote 16683 (Trib.Fed.R\$ 10,57 Trib.Est.R\$ 12,64)	90184911	0102	5102	UN	3,0000	23,40000	70,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23315	BROCA ZECRYA LONGA PRIMA Lote 16976 (Trib.Fed.R\$ 10,57 Trib.Est.R\$ 12,64)	90184911	0102	5102	UN	3,0000	23,40000	70,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12183	CIMENTO PROVIS.DENTAL VILLE FL Lote 647 (Trib.Fed.R\$ 1,88 Trib.Est.R\$ 1,67) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$15,50 LOTE: 647 QTD: 1,00 FAB: 31/03/2023 VAL: 31/03/2026	30064011	0102	5102	UN	1,0000	13,95000	13,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19991	FIXADOR 500ML CARESTREAM Lote 7016213 (Trib.Fed.R\$ 4,96 Trib.Est.R\$ 5,49)	37079010	0102	5102	FR	1,0000	30,51000	30,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
SIT.TRIB.0000 R\$ 420,30 EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL 309614 CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA Trib.Aprox.R\$ 59,84 Federal e 55,23 Estadual Fonte: IBPT Ch.::FADD79 V.:23.1.F	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA
ME (DENTAL GLOBO)

AV.LARANJEIRAS, 1158 - VILA QUEIROZ - CEP:13485-020
- LIMEIRA - SP
TEL: (19)3444-7550
dentalglobo@uol.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.026.368 fl. 2 /2
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO
3524 1005 7381 7900 0100 5500 1000 0263 6811 8664 3506

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135242454036962 30/10/2024 11:01:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL
417243313118

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF
05.738.179/0001-00

CONTINUAÇÃO DOS DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CALC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPI
10650	FLOW A2 MASTER BIODINAMICA Lote 549/24 (Trib.Fed.R\$ 2,72 Trib.Est.R\$ 2,43) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$22,50 LOTE: 549/24 QTD: 1,00 FAB: 31/07/2024 VAL: 30/06/2027	30064012	0102	5102	UN	1,0000	20,25000	20,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23510	LIMA K 10 25MM DENCO Lote SL (Trib.Fed.R\$ 2,70 Trib.Est.R\$ 3,22)	90184920	0102	5102	UN	1,0000	17,91000	17,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10730	LLIS RESINA EA2 Lote 190224 (Trib.Fed.R\$ 3,86 Trib.Est.R\$ 3,45) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$31,90 LOTE: 190224 QTD: 1,00 FAB: 29/02/2024 VAL: 28/02/2027	30064012	0102	5102	UN	1,0000	28,71000	28,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10731	LLIS RESINA EA3 Lote 270224 (Trib.Fed.R\$ 3,86 Trib.Est.R\$ 3,45) C.P. ANVISA ISENTO PMC: R\$31,90 LOTE: 270224 QTD: 1,00 FAB: 29/02/2024 VAL: 28/02/2027	30064012	0102	5102	UN	1,0000	28,71000	28,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19990	REVELADOR 500ML CARESTREAM Lote 7016290 (Trib.Fed.R\$ 4,96 Trib.Est.R\$ 5,49)	37079029	0102	5102	FR	1,0000	30,51000	30,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:31:28

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 274/0001/00008184544-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: JR PLUS DIAGNOSTICO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 29.618.586/0001-34

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 23.462,50

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 31/10/2024

Data da Operação: 31/10/2024

Código da Operação: 61555827

Chave de Segurança: 9RU6RFHUV8TV6FVT

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

20/09



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador



Data e Hora de Emissão da NFS-e
01/10/2024 15:02:20

Competência da NFS-e
10/2024

DADOS DA NFS-e
Número / Série
58 / U

Código de Verificação
OZqLbWKf1

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:
29.618.586/0001-34
Nome/Razão Social:
JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

Endereço: RUA CLAUDIO MANOEL DA COSTA 158 VERGUEIRO

Município / País:
SOROCABA / BRASIL

Inscrição Municipal:
399898
E-mail:
ADILSON@AERSERV.COM.BR

UF: CEP: Telefone:
SP 18030-083 (11) 9975-9090

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:
45.349.461/0001-02
Nome/Razão Social:
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS

Município / País:
GARÇA / BRASIL

Inscrição Municipal:
E-mail:
clsato@ahbb.org.br
UF: CEP: Telefone:
SP 17402-064

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA Prestação de Serviços Radiológicos para o Hospital Santo Antônio/Pronto Atendimento Adulto de Louveira-SP. Período 01/09/2024 a 30/09/2024.

DADOS BANCÁRIOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS:
BANCO GRAFENO : 274
AG. 0001
CONTA CORRENTE: 08184544-8

Serviços prestados pelos próprios sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal isento do INSS conforme previsto no artigo 120, inciso III, parágrafo 2º da IN/RFB nº 971/2009.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 864020500 - SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIACAO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA
Serviço: 0402 - ANALISES CLINICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MEDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-

Município da Incidência do ISSQN
SOROCABA

Município / País da Prestação do Serviço
LOUVEIRA

Responsável pelo recolhimento do ISSQN
PRESTADOR

Exigibilidade do ISSQN
Exigível

Situação do prestador perante o Simples Nacional
NÃO OPTANTE

Regime especial de tributação do ISSQN
-

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
25.000,00	0,00	0,00	25.000,00	4,000000	1.000,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	375,00	162,50	750,00	0,00	250,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
25.000,00	1.537,50	0,00	23.462,50

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Regra especial:
Número da nota fiscal substituída:

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:31:28

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/9895/00000000473-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIPAMENTOS

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 37.834.012/0001-21

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 480,00

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 31/10/2024

Data da Operação: 31/10/2024

Código da Operação: 71792618

Chave de Segurança: SFK0EL7LMHYR0X53

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

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica											
AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02 CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA VARZEA PAULISTA / SP FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.013.564 SÉRIE 991 FOLHA 1/1		3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0135 6410 0015 7620									
NATUREZA DO OPERAÇÃO VENDA		DADOS DA NF-e Protocolo: 135242100453680 Data: 20/09/2024 08:15											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 712168965111		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		CNPJ 37.834.012/0001-21									
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 20/09/2024									
ENDEREÇO RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17.402-064									
MUNICÍPIO GARÇA		FONE (16) 3374-8438		UF SP									
HORA SAÍDA 08:14:27		INSCRIÇÃO ESTADUAL											
FATURA / DUPLICATA 001 - 480,00 - 11/10/2024													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 480,00									
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR TOTAL DO IPI 480,00									
VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS											
FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO		CÓDIGO ANTT 2		PLACA DO VEÍCULO DQY0D61									
ENDEREÇO AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14		MUNICÍPIO VARZEA PAULISTA		UF SP									
QUANTIDADE 3		ESPECIE CILINDROS		PESO BRUTO 0									
MARCA DIVERSOS		NÚMERO 0		PESO LÍQUIDO 0									
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	R.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPÍ
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAA5DSS-NS 10M - 16/09/2024;	28044000	0102	5102	M3	30,00	16,00	480,00					
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA													
DADOS ADICIONAIS						RESERVADO AO FISCO							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LEI 12.741/2012 TRIB APROX. RS 64,56 (13,45%) FEDERAL E RS 86,40 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUCOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES NÃO-DECLARANTES).													

Essencialox Com Gases Eq. Ltda

001

Pagador	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064		
Documento	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
004182	11/10/2024	32905220000004204	480,00
Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____			



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ				Agência/Código Beneficiário		Vencimento	
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				09895-7/000000000473-1		11/10/2024	
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
20/09/2024	004182	DM	N	20/09/2024	32905220000004204		
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento		
	17-19	R\$			480,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,25 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.					(-) Desconto		
					(-) Outras Deduções		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(=) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica



001-9

00190.00009 03290.522006 00004.204178 1 98660000048000

Local de Pagamento					Vencimento		
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					11/10/2024		
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário		
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1		
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número		
20/09/2024	004182	DM	N	20/09/2024	32905220000004204		
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento		
	17-19	R\$			480,00		
Instruções JUROS DE MORA DE R\$1,25 POR DIA CORRIDO O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.					(-) Desconto		
					(-) Outras Deduções		
					(+) Mora/Multa		
					(+) Outros Acréscimos		
					(=) Valor Cobrado		
Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP CEP: 17402064							

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: BANCO SAFRA S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 42292.98870 00017.220071 35000.020176 0 90001305752

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

Código do Banco: 422 **Código do ISPB:** 58160789

Beneficiário original / Cedente

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

Nome/Razão Social: MED CENTER COMERCIAL LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 01/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1722

Valor Calculado (R\$): 1722

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 1722

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695810367

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104


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: 000573468
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1


CHAVE DE ACESSO:

13124 1000 8749 2900 0140 5500 1000 5734 6819 2543 0683

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 131246222308651 07/10/24 10:09:20			
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 07/10/2024
ENDEREÇO RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50			BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS			CEP 17402-064	DATA DA ENTR/SAIDA 07/10/2024
MUNICÍPIO GARÇA		FONE / FAX 1133748438		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 10:08:36

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	
1.722,00		100,40		0,00		0,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	
0,00		0,00		0,00		0,00	
						VALOR TOTAL DO I.P.I.	
						VALOR APROX. TRIBUTOS	
						VALOR TOTAL DA NOTA	
						1.722,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS							
NOME / RAZÃO SOCIAL PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI				FRETE POR CONTA 0 - Emitente		CÓDIGO ANTT	
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 41				MUNICÍPIO SANTOS		PLACA DO VEÍCULO	
QUANTIDADE 6				ESPÉCIE VOLUME(S)		PESO BRUTO 39,974 Kg	
				MARCA		PESO LÍQUIDO 39,974 Kg	
				NÚMERO 607623			

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
01162900	AGULHA 40 X 12 DESC -	1	6108	100	7,100000000	0,00%	710,00	710,00	0,00	28,40	0,00		4,00 0,00
9018.32.19	20230708/FAB.08/07/23/VAL.07/07/28 C/ 100 UN	0	200	CV		0,00		710,00	0,00				
01854300	ESPARADRAPO 10CM X 4,5M C/CAPA -	0	6108	20	8,000000000	0,00%	160,00	160,00	0,00	6,40	0,00		4,00 0,00
3005.10.90	20231220/FAB.20/12/23/VAL.19/12/28	20	200	RL		0,00		160,00	0,00				
00027700	LUVA P LATEX PROC C/100 - SRI113/24	1	6108	10	22,900000000	0,00%	229,00	229,00	0,00	9,16	0,00		4,00 0,00
4015.12.00	SS/FAB.01/03/24/VAL.30/03/29	0	200	CV		0,00		229,00	0,00				
00027700	LUVA P LATEX PROC C/100 - SRI121/24	1	6108	10	22,900000000	0,00%	229,00	229,00	0,00	9,16	0,00		4,00 0,00
4015.12.00	SS/FAB.01/03/24/VAL.30/03/29	0	200	CV		0,00		229,00	0,00				
00879800	PAPEL 10CM X 100MT GRAU CIRURGICO -	0	6108	4	36,000000000	0,00%	144,00	144,00	0,00	17,28	0,00		12,00 0,00
4804.39.90	1047/FAB.01/06/24/VAL.30/06/29	4	000	RL		0,00		144,00	0,00				
00976100	PAPEL 15CM X 100MT GRAU CIRURGICO -	0	6108	2	53,000000000	0,00%	106,00	106,00	0,00	12,72	0,00		12,00 0,00
4804.39.90	1548/FAB.01/08/24/VAL.30/08/29	2	000	RL		0,00		106,00	0,00				
00976900	PAPEL 20CM X 100MT GRAU CIRURGICO -	0	6108	2	72,000000000	0,00%	144,00	144,00	0,00	17,28	0,00		12,00 0,00
4804.39.90	2048/FAB.01/08/24/VAL.30/08/29	2	000	RL		0,00		144,00	0,00				

DADOS ADICIONAIS		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO
BOLETO		
id 364732417.1 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: 607623 Volume M3: 0,152599 Rota: 8 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\$: 209,56		

Banco Safra SA | 422-7 |

Comprovante de Entrega

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001		AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 13500/0020176	N. DO DOCUMENTO 573468/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		NOSSO NÚMERO 00013057	VENCIMENTO 01/11/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO	ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 1.722,00

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPESAÇÃO

DATA DE PROCESSAMENTO
07/10/2024

Banco Safra SA | 422-7 |

RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPESAÇÃO

422-7 RECIBO DO PAGADOR

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40
ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO 07/10/2024	NO. DO DOCUMENTO 573468/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 07/10/2024
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 2	MOEDA R\$	QUANTIDADE
				VALOR X



Fone: (35) 3449-1950

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 01/11/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

PROTESTAR 10 DIAS APÓS O VENCIMENTO

ESTE BOLETO REPRESENTA DUPLICATA CEDIDA FIDUCIARIAMENTE AO BANCO S/A
FICANDO VEDADO O PAGAMENTO DE QUALQUER OUTRA FORMA
QUE NÃO ATRAVÉS DO PRESENTE BOLETO

VENCIMENTO
01/11/2024

AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO
13500/002017609

CART. / NOSSO NÚMERO
00013057-5

1 (+) VALOR DO DOCUMENTO
1.722,00

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 Safra SA | 422-7 | 42297.13500 00020.176095 00013.057526 2 98870000172200

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL EM QUALQUER BANCO DO SISTEMA DE COMPESAÇÃO		VENCIMENTO 01/11/2024	
BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40 ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484		AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO 13500/002017609	
DATA DO DOCUMENTO 07/10/2024	Nº DO DOCUMENTO 573468/01	ESPÉCIE DOC. DM	ACEITE N
USO DO BANCO	CIP	CARTEIRA 2	MOEDA R\$
		QUANTIDADE	VALOR X

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 01/11/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

PROTESTAR 10 DIAS APÓS O VENCIMENTO

ESTE BOLETO REPRESENTA DUPLICATA CEDIDA FIDUCIARIAMENTE AO BANCO S/A
FICANDO VEDADO O PAGAMENTO DE QUALQUER OUTRA FORMA
QUE NÃO ATRAVÉS DO PRESENTE BOLETO

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



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 74891.98870 00006.200011 24200.817130 2 21039426106

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Código do Banco: 748 **Código do ISPB:** 1181521

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: ADESIVA I DE E E PLACAS IND **CPF/CNPJ:** 02.745.658/0001-58

Nome/Razão Social: ADESIVA I DE E E PLACAS IND

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 01/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 620

Valor Calculado (R\$): 620

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 620

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695830269

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Recebemos de ADESIVA IMPRESSOES DE ETIQUETAS E PLACAS IND LTDA os produtos e/ou serviços constantes da NFe indicada ao lado.
Emissão: 02/10/2024 Dest/Rem: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL Valor Total: 620,00

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.009.918

Série 005

ADESIVA IMPRESSOES DE ETIQUETAS E PLACAS IND LTDA



Rua Carlos Ferrari, 2584 - Distrito Industrial
Prefeito Pedro Valentim Fernandes - GARÇA -
SP - CEP: 17406-204
Fone: (14)3471-4838

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1 - SAÍDA

Nº 000.009.918

SÉRIE 005

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3524 1002 7456 5800 0158 5500 5000 0099 1810 0009 9163

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

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135242201227076 02/10/2024 09:56:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL
315053162116

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
02.745.658/0001-58

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/10/2024

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

Bairro / Distrito
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA SAÍDA
02/10/2024

Município
LINS

UF
SP

TELEFONE / FAX
(14)3532-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
09:56:49

FATURA

Número : 000009918

Valor Original : R\$620,00

Valor Desconto : R\$0,00

Valor Líquido : R\$620,00

DUPLICATAS

Número : 001

Vencimento : 01/11/2024

Valor : R\$620,00

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	620,00
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	620,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
MOTO TAXI DINHO - JOSE ROBERTO DA SILVA GONCALVES

FRETE POR CONTA
0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF
137.213.938-99

ENDEREÇO
RUA JOSE MARIA MARQUES

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
7404	PLACA PERSONALIZADA - PS 2 MM - IMPRESSAO UV Val. Aprox. Tributos: Federal (13,45%) R\$ 83,39 Estadual (18,00%) R\$ 111,60 Municipal (0,00%) R\$ 0,00 - Fonte: IBPT/empresometro.com.br Versao 24.1.F	83100000	0102	5102	UNID.	31.0000	20,00	0,00	620,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR TOTAL DO ISSQN

0

0

0

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Val. Aprox. Tributos = Federal: R\$ 83,39 Estadual: R\$ 111,60 Municipal: R\$ 0,00

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



[748-X]

74891.12420 00817.130222 10394.261068 1 98870000062000

Beneficiário	Agência / Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
ADESIVA IMPRESSOES DE ETIQUETAS E PLACAS IND LTDA	3022.10.39426	R\$	1	24/200817-1

Beneficiário Endereço / Sacador Avalista

Rua Carlos Ferrari, 2584, Distrito Industrial Prefeito Pedro Valentim Fernandes - Garça/SP - CEP: 17406-04

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
00043950/1	02745658000158	01/11/2024	R\$ 620,00

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

Pagador

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL CNPJ: **.9.461/0001-02

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 Comp: SALA 03

JARDIM ARIANO - Lins/SP - CEP: 16400-400

Instruções

Após vencimento cobrar mora diária de R\$ 2,05

Após vencimento cobrar multa de R\$ 12,40

Autenticação mecânica



[748-X]

74891.12420 00817.130222 10394.261068 1 98870000062000

Local de pagamento	Vencimento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI	01/11/2024

Beneficiário	Agência / Código Beneficiário
ADESIVA IMPRESSOES DE ETIQUETAS E PLACAS IND LTDA CNPJ: 02745658000158, Endereço: Rua Carlos Ferrari, 2584, Distrito Industrial Prefeito Pedro Valentim Fernandes - Garça/SP - CEP: 17406-204	3022.10.39426

Data do documento	Nº documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número
02/10/2024	00043950/1	DMI	N	02/10/2024	24/200817-1

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento
	1	R\$	1		R\$ 620,00

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

Após vencimento cobrar mora diária de R\$ 2,05

Após vencimento cobrar multa de R\$ 12,40

(-) Desconto / Abatimentos

(-) Outras deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL CNPJ: **.9.461/0001-02

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 Comp: SALA 03

JARDIM ARIANO - Lins/SP - CEP: 16400-400

Sacador / Avalista

Cód. baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: BANCO SANTANDER S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 03393.98880 00041.633090 01501.600000 9 84150290101

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATI **CPF/CNPJ:** 51.920.700/0001-35

Nome/Razão Social: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATI

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 02/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 4163.3

Valor Calculado (R\$): 4163.3

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 4163.3

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695836726

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104



PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.

Rua Baronesa do Japi, 171 - Bela Vista
Jundiaí / SP - Cep: 13207684
Telefone: (11) 33795822

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 0445861

SÉRIE : 0

Página: 1 / 2



3524 1051 9207 0000 0135 5500 0000 4458 6112 0037 2818

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

135 242 211 140 309 03/10/2024 09:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA DE TERCEIROS.

INSCRIÇÃO ESTADUAL

407.095.223.118

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

51.920.700/0001-35

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CÓDIGO DO CLIENTE

0127190000

CNPJ/CPF

45349461000102

DATA DE EMISSÃO

03/10/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

DATA DE ENTRADA / SAÍDA

03/10/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

UF

SP

CEP

17402064

FONE/FAX

(11) 35728730

HORA DE SAÍDA

FATURA

DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
445861-1	02/11/2024	4.163,30									

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
262,46	47,25	0,00	0,00	4.163,30
VALOR DO FPETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				4.163,30

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA	3-Próprio Remetente				519207000000135
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
Rua Baronesa do Japi, 171 - Bela Vista	JUNDIAÍ	SP	407095223118		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	CUBAGEM	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
27	VOLUMES			330,301	327,991

SEQ	C-PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UN	QTD	V.UNIT	V. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VL ICMS	VL IPI	Alíquota ICMS	IPI
1	0302010004	APONTADOR RETANGULAR 1 FURO 638 PLASTICO CORES SORTIDAS CIS	82141000	000	5102	UN	3,00	0,3700	1,11	0,00	1,11	0,20	0,00	18,00	0
2	0211500015	BOBINA SENHA DE 000 A 999 BORDA AZUL UNIDADE ALPHA	48211000	000	5102	UN	1,00	8,6700	8,67	0,00	8,67	1,56	0,00	18,00	0
3	0316020002	CADERNO BROCHURA 1/4 CAPA DURA 96 FOLHAS AZUL JANDAIA	48202000	060	5405	UN	2,00	4,5700	9,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
4	0301010028	ARQUIVO MORTO PAPEL AO OFÍCIO PACOTE COM 25 UNIDADES GOODIE	48192000	000	5102	FD	2,00	43,7500	87,50	0,00	87,50	15,75	0,00	18,00	0
5	0317010057	CALCULADORA DE MESA 12 DÍGITOS CC4002 BRW	84701000	000	5102	UN	1,00	25,0500	25,05	0,00	25,05	4,51	0,00	18,00	0
6	0339040017	FITA PARA EMPACOTAMENTO TRANSPARENTE 48X50 QUALITAPE ADELBRAS	39191010	000	5102	RL	3,00	3,8400	11,52	0,00	11,52	2,07	0,00	18,00	0
7	0311010006	PAPEL CARBONO PARA MAQUINA PRETO CIS	48099000	060	5405	UN	100,00	0,4200	42,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
8	0327040011	GRAMPEADOR CIS PLUS LINE PARA 20 FOLHAS PRETO CIS	84729040	000	5102	UN	5,00	9,7200	48,60	0,00	48,60	8,75	0,00	16,00	0
9	0329110008	LIVRO ATA SEM MARGEM 50 FOLHAS CADERSIL	48202000	060	5405	UN	6,00	8,3000	49,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
10	0304060019	PORTA LAPIS E CANETA TRIO CRISTAL MAXCRIL	39261000	060	5405	UN	6,00	8,0400	48,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
11	0304030006	ORGANIZADOR DE ESCRITÓRIO TRIPLO OFFICE CRISTAL MAXCRIL	39261000	060	5405	UN	8,00	61,1700	489,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12	0201010005	PAPEL CHAMEX OFFICE A4 75 GRAMAS 210X297	48025610	560	5405	RM	110,00	22,9000	2.519,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0

DADOS ADICIONAIS

ENDEREÇO DE ENTREGA RUA LUIZ MARTINS CRUZ N 63 JARDIM LAGO AZUL LOUVEIRA SP CEP 13294394 PEDIDO N 38
CONTRATO DE GESTAO 001-2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

RESERVADO AO FISCO

Representante: MONICA CRISTINA DE LIMA JESUS

Valor aproximado dos impostos (Fonte: IBPT) : R\$ 1.258,02 (30,217)



PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.

Rua Baronesa do Japi, 171 - Bela Vista
Jundiaí / SP - Cep: 13207684
Telefone: (11) 33795822

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA

Nº. 0445861

SÉRIE : 0

Página: 2 / 2



CHAVE DE

3524 1051 9207 0000 0135 5500 0000 4458 6112 0037 2818

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

135 242 211 140 309 03/10/2024 09:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA DE TERCEIROS.

INSCRIÇÃO ESTADUAL

407.095.223.118

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

51.920.700/0001-35

SQ	C.PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UN	QTD	V.UNIT	V. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	VL ICMS	VL IPI	Aliquota ICMS IPI
13	0301030001	PASTA CATALOGO COM 50 PLASTICOS FINOS 4 COLCHETES COM VISOR 122 ACP	42021210	060	5405	UN	10,00	12,1800	121,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Imposto recolhido anteriormente por Substituição Tributária -														
14	0301130002	PASTA EM L A4 PACOTE COM 10 UNIDADES CRISTAL 1134 ACP	42021210	060	5405	PCT	2,00	6,5000	13,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Imposto recolhido anteriormente por Substituição Tributária -														
15	0301140002	PASTA SUSPensa KRAFT HASTE PLASTICA PRETA 0002.X DELLO	48209000	060	5405	UN	100,00	1,7900	179,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Imposto recolhido anteriormente por Substituição Tributária -														
16	0301060008	PASTA ELASTICA TRANSPARENTE OFICIO 2,0CM CRISTAL 1022 ACP	42021210	060	5405	UN	5,00	3,1000	15,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Imposto recolhido anteriormente por Substituição Tributária -														
17	0343010009	PILHA ALCALINA (AA) BLISTER COM 4 UNIDADES ELGIN	85061019	000	5102	PCT	3,00	6,4400	19,32	0,00	19,32	3,48	0,00	18,00
18	0343010008	PILHA ALCALINA PALITO (AAA) BLISTER COM 4 UNIDADES ELGIN	85061019	000	5102	PCT	3,00	6,4400	19,32	0,00	19,32	3,48	0,00	18,00
19	0301120006	ENVELOPE PLASTICO A4 4 FUROS 0,06 PACOTE COM 100 UNIDADES ACP	39232110	000	5102	PCT	3,00	11,0000	33,00	0,00	33,00	5,94	0,00	18,00
20	0306020006	TINTA CARIMBO AZUL 40ML RADEX	32159000	000	5102	UN	3,00	2,7900	8,37	0,00	8,37	1,51	0,00	18,00
21	0304020004	QUADRO MULTIUSO A4 CRISTAL 0534.H DELLO	39261000	060	5405	UN	60,00	6,9000	414,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Imposto recolhido anteriormente por Substituição Tributária -														

N/Pedido: 415824

 Santander 033-7		 PROCOMP Produtos e Serviços de Informática	COMPROVANTE DE ENTREGA	
Cedente: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.		Data Documento: 03/10/2024	Vencimento 02/11/2024	
Sacado ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45349461000102	Nosso Número 98415029-	Nº Documento 445861/0	Valor do Documento 4.163,30
Instruções: (Texto de responsabilidade do cedente)				
Recebi(emos)	Data	Assinatura		

 Santander 033-7		 PROCOMP Produtos e Serviços de Informática	RECIBO DO SACADO		
Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após o vencimento somente no Banco Santander.		Vencimento 02/11/2024			
Cedente: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.		Agência/Cód. Cedente 2014/ 1501-6			
Data Documento: 03/10/2024	Nº Documento 445861 / 0	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 03/10/2024	Nosso Número 98415029-
CNPJ do Cedente 51.920.700/0001-35	Carteira RCR	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 4.163,30
Instruções: (Texto de responsabilidade do cedente) Após o Vencimento Cobrar Mora de 5% e Juros de 0,03% ao dia. Protestar 5 dias após o Vencimento. NÃO SUBSTITUIR ESSE BOLETO P/DEPÓSITO S/AUTORIZAÇÃO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Sacado: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461000102 R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS Garça 17402064					
Sacador/Avalista: Autenticação Mecânica					

 Santander 033-7		03399.00151 01600.000986 41502.901014 3 98880000416330			
Local de Pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento. Após o vencimento somente no Banco Santander.		Vencimento 02/11/2024			
Cedente: PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.		Agência/Cód. Cedente 2014/ 1501-6			
Data Documento: 03/10/2024	Nº Documento 445861 / 0	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Proces. 03/10/2024	Nosso Número 98415029-
CNPJ do Cedente 51.920.700/0001-35	Carteira RCR	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 4.163,30
Instruções: (Texto de responsabilidade do cedente) Após o Vencimento Cobrar Mora de 5% e Juros de 0,03% ao dia. Protestar 5 dias após o Vencimento. NÃO SUBSTITUIR ESSE BOLETO P/DEPÓSITO S/AUTORIZAÇÃO					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Sacado: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45349461000102 R DR ORLANDO T SANTOS 50 WILLIAMS Garça 17402064					
Sacador/Avalista: Autenticação Mecânica					



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: BANCO BRADESCO S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 23797.98880 00003.357012 27094.278000 0 00200000080

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: PAPELARIA SANTA CRUZ **CPF/CNPJ:** 62.320.890/0001-76

Nome/Razão Social: PAPELARIA SANTA CRUZ

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASS. HOSPITAR BENEFICIENTE DO BRASIL **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 02/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 335.7

Valor Calculado (R\$): 335.7

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 335.7

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695849516

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

**bradesco****| 237-2 |**

23791.22704 94278.000008 02000.000808 7 98880000033570

Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Vencimento 02/11/2024
Beneficiário PAPELARIA SANTA CRUZ - CNPJ/CPF:062.320.890/0001-76 R SANTA CRUZ , 155 - - CENTRO 13280-041 - VINHEDO - SP					Agência/Código Beneficiário 01227/8-6
Data do doc. 04/10/2024	Nº do documento 2861	Espécie doc. DM	Aceite Não	Data Proces. 04/10/2024	Nosso Número 09/42/780000002-1
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 335,70
Pagador: ASS. HOSPITAR BENEFICIENTE DO BRASIL - CNPJ/CPF: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Beneficiário final: Não informado Recibo do Pagador					

Autenticação Mecânica

**bradesco****| 237-2 |**

23791.22704 94278.000008 02000.000808 7 98880000033570

Local de Pagamento Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.					Vencimento 02/11/2024
Beneficiário PAPELARIA SANTA CRUZ - CNPJ/CPF:062.320.890/0001-76 R SANTA CRUZ , 155 - CENTRO 13280-041 - VINHEDO - SP					Agência/Código Beneficiário 01227/8-6
Data do doc. 04/10/2024	Nº do documento 2861	Espécie doc. DM	Aceite Não	Data Proces. 04/10/2024	Nosso Número 09/42/780000002-1
Uso do Banco	Carteira 9	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 335,70
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) Pagável Preferencialmente nas Agências Bradesco * * VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** * DIJOS POR DIA DE ATRASO.....0,22 APOS 02.11.2024 MULTA4,50 Titulo sujeito a protesto apos 5 dias vencido					(-) Descontos/Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASS. HOSPITAR BENEFICIENTE DO BRASIL - CNPJ/CPF: 045.349.461/0001-02 DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 - WILLIAMS 17402-064 - GARÇA - SP Beneficiário final: Não informado Ficha de Compensação					

Autenticação Mecânica



Este boleto foi emitido por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**Alô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, 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.

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00192.98890 00008.008800 00003.263508 0 00026606217

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: POLAR FIX INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HO **CPF/CNPJ:** 02.881.877/0001-64

Nome/Razão Social: POLAR FIX INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HO

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 03/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 800.88

Valor Calculado (R\$): 800.88

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 800.88

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695843267

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

Identificação do Emitente PolarFix ESSENCIAL À SAÚDE POLAR FIX INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS Rua Ruzzi, 607 - Sertãozinho Mauá - SP CEP: 09.370-850 Telefone: 1145128600		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 496930 Série: 1 Folha: 1 / 1		 Chave de acesso 3524 1002 8818 7700 0164 5500 1000 4969 3015 8131 2234 Consulta de autenticidade no portal da NF-e http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/ Protocolo de autorização de uso 135242228488807 - 04/10/2024 22:36:45									
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		INSCRIÇÃO ESTADUAL 442180108112		IE SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 02.881.877/0001-64							
DESTINATÁRIO REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DE EMISSÃO 04/10/2024													
ENDEREÇO R DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		BAIRRO / DISTRITO WILLIAMS		CEP 17.402-064		DATA ENTRADA / SAÍDA							
MUNICÍPIO Garcia		FONE / FAX 1633748438		UF SP		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 R LUIZ MARTINS CRUZ, 63		BAIRRO / DISTRITO JARDIM LAGO AZUL II		CEP 13294394									
MUNICÍPIO LOUVEIRA		UF SP		FONE / FAX 33748438									
FATURA / DUPLICATAS Fatura: 001 Vencimento: 03/11/2024 Valor: 800,88													
CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS 800,88 VALOR DO ICMS 144,15 BC ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 800,88 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 800,88													
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL MVT CAMPINAS COM LOG E SOLUCOES EM TRANSP EIRELI FRETE POR CONTA 0-Contrat. Remet.CIF CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ / CPF 28.663.998/0001-23 ENDEREÇO AV PEDRO PASCOAL DOS SANTOS 410 GP 1 MODULOS 6/7/8 RES REAL MUNICÍPIO Sumare UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 671405054115 QUANTIDADE 1 ESPÉCIE CX MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO 2,03Kg PESO LÍQUIDO 0,00Kg													
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
FP0076	FILME TRANSPARENTE IV EST. 7 X 9 CM (I) Lote 220803 Qtde: 200,00 Fabr. 15/08/2022 Venc. 28/07/2027	3005.10.90	100	5102	UN	200,0000	1,9140	382,8000	382,8000	68,9000	0,0000	18,00	0,00
FP0075	FILME TRANSPARENTE IV EST. 5 X 5,7 CM (I) Lote 230603 Qtde: 300,00 Fabr. 15/06/2023 Venc. 14/06/2028	3005.10.90	100	5102	UN	300,0000	1,3936	418,0800	418,0800	75,2500	0,0000	18,00	0,00
CÁLCULO DO ISSQN INSCRIÇÃO MUNICIPAL 284343 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 BASE DE CÁLCULO ISSQN 0,00 VALOR DO ISSQN 0,00													
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (LOCAL 08) 1,96 MC Rua Luiz Martins Cruz, 63 - Jardim Lago Azul - 13294-394 - LOUVEIRA - Sao Paulo - SP. Contrato de gestão 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira. PEDIDO 363879006 Excluação ICMS na Base de Cálculo PIS e COFINS-Processo 5001819-50.2019.4.03.6126 la Vara Federal Sto Andre SP RES74706 Tema 69 STF 13/05/2021 Lei no 8.078 Art. 26o Prazo de 30 dias para troca/devolução das mercadorias por vícios aparentes e Art. 27o para troca/devolução das mercadorias por vícios ocultos. RESERVADO AO FISCO													
Valor Aproximado dos Tributos - R\$ 204,91													



001-9

Recibo do Pagador

Beneficiário MATRIZ CNPJ:02.881.877/0001-64 Rua Ruzzi, 607, CEP: 09370-850 - Sertãozinho, Mauá - SP			Agência / Código Beneficiário 3359-6 / 00011878-8	Vencimento 03/11/2024
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02			Número do Documento 496930 1	Nosso Número 32635080000266062
Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 800,88	(-) Desconto
Demonstrativo :			(+) Outros Acréscimos	(=) Valor Cobrado

NUMERO(S) DA(S) NOTA(S) E PARCELA: 496930 1

Autenticação Mecânica

Corte Aqui



001-9

00190.00009 03263.508008 00266.062173 2 98890000080088

Local de Pagamento					Vencimento 03/11/2024
Beneficiário MATRIZ CNPJ:02.881.877/0001-64 Rua Ruzzi, 607, CEP: 09370-850 - Sertãozinho, Mauá - SP					Agência / Código Beneficiário 3359-6 / 00011878-8
Data Documento 04/10/2024	Número do Documento 496930 1	Espécie Doc. DM	Aceite NAO	Data Processamento 04/10/2024	Nosso Número 32635080000266062
Uso do Banco	Carteira 17	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 800,88
Informações de responsabilidade do beneficiário. Protestar 5 dias úteis após o vencimento Apos 03/11/2024 cobrar Juros de R\$ 0,53 ao dia Apos 03/11/2024 cobrar Multa de R\$ 8,01 Sujeito a protesto em 5 dias úteis					(-) Desconto
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL R DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50, , WILLIAMS, CEP: 17402064 - Garça - SP					CPF / CNPJ : 45.349.461/0001-02
Beneficiário Final					CPF / CNPJ

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34194.98900 00007.840010 90002.261870 0 74346370000

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: LEPOK DISTRIBUICAO L LTDA **CPF/CNPJ:** 19.576.717/0004-57

Nome/Razão Social: LEPOK DISTRIBUICAO L LTDA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 04/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 784

Valor Calculado (R\$): 784

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 784

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695866156

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

DADOS ADICIONAIS Informações complementares COND PAGAMENTO 01128 DDL EMPRESA 008 PEDIDO DE VENDA 1408186-P FORMA PAGAMENTO DM-DUPPLICATA MERCANTIL VENDEDOR 1114 ERIKA BARRETO LEANDRO CONTRATO GESTAO 001 2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA VAL APROX TRIBUTOS R\$ 246,76 PERCENTUAL 31,47% TRIB APROX R\$ 105,64 FED 141,12 EST FONTE IBPT empresometro.com.br Valor da operação 784,0	Reservado ao fisco <i>Gloria Dislindo</i>
---	---

ITAÚ

341-7

Recibo do Pagador

Local do pagamento					Parcela	Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					1/1	04/11/2024
Beneficiário					Agência/Código beneficiário	
Lepok Distribuição e Logística LTDA					0074/34637-0	
Endereço beneficiário / pagador avalista						
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003						
Data do documento		Número do documento		Espécie doc.	Aceite	Data processamento
03/10/2024		008/033640-N/01		DM	N	07/10/2024
Uso do banco		Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Nosso número
		109	R\$			109/00022618-7
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):					(Relação de Notas Fiscais)	(-)Desconto / Abatimento
					Lj:08 NF:33640N R\$ 784,00	(-)Outras deduções
						(+)Mora/Multa
						(+)Outros acréscimos
						(=)Valor cobrado
COBRAR JUROS DE R\$ 1,57 POR DIA DE ATRASO						
PROTESTAR APÓS 7 DIAS ÚTEIS DO VENCIMENTO						
COBRANÇA ESCRITURAL						
CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR						
SOMENTE EM BANCO						
Pagador					CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
R DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402-064, WILLIANS - GARCA, SP						
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica	
LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676						
Recebido através do cheque núm. do banco						
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.						

ITAÚ

341-7

Ficha de Caixa

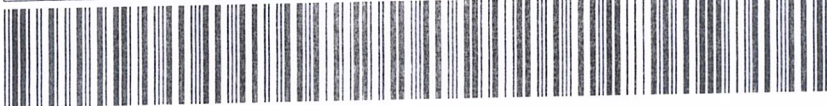
Local do pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					04/11/2024	
Beneficiário					Agência/Código beneficiário	
Lepok Distribuição e Logística LTDA					0074/34637-0	
Endereço beneficiário / pagador avalista						
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003						
Data do documento		Número do documento		Espécie doc.	Aceite	Data processamento
03/10/2024		008/033640-N/01		DM	N	07/10/2024
Uso do banco		Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Nosso número
		109	R\$			109/00022618-7
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):					(-)Desconto / Abatimento	
					(-)Outras deduções	
					(+Mora/Multa	
					(+Outros acréscimos	
					(=)Valor cobrado	
COBRAR JUROS DE R\$ 1,57 POR DIA DE ATRASO						
PROTESTAR APÓS 7 DIAS ÚTEIS DO VENCIMENTO						
COBRANÇA ESCRITURAL						
CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR						
SOMENTE EM BANCO						
Pagador					CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
R DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402-064, WILLIANS - GARCA, SP						
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica	
LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676						

ITAÚ

341-7

34191.09008 02261.870071 43463.700005 4 98900000078400

Local do pagamento					Vencimento	
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú					04/11/2024	
Beneficiário					Agência/Código beneficiário	
Lepok Distribuição e Logística LTDA					0074/34637-0	
Endereço beneficiário / pagador avalista						
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003						
Data do documento		Número do documento		Espécie doc.	Aceite	Data processamento
03/10/2024		008/033640-N/01		DM	N	07/10/2024
Uso do banco		Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Nosso número
		109	R\$			109/00022618-7
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):					(-)Desconto / Abatimento	
					(-)Outras deduções	
					(+Mora/Multa	
					(+Outros acréscimos	
					(=)Valor cobrado	
COBRAR JUROS DE R\$ 1,57 POR DIA DE ATRASO						
PROTESTAR APÓS 7 DIAS ÚTEIS DO VENCIMENTO						
COBRANÇA ESCRITURAL						
CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR						
SOMENTE EM BANCO						
Pagador					CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						
R DR ORLANDO T SANTOS 50						
17402-064, WILLIANS - GARCA, SP						
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação	
LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676						



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34193.98900 00005.580010 90032.637974 5 22400771000

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 **CPF/CNPJ:** 08.231.734/0001-93

Nome/Razão Social: FUTURA COM PROD MEDICOS

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 04/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 558

Valor Calculado (R\$): 558

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 558

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695885780

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

FUTURA www.futuramedicamentos.com.br Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira Cep: 18271-210 Tatuí/SP Fone/Fax: (15) 3251-9494 / (15) 3305-4787 DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 No. 195.104 SÉRIE: 0 Página 1 de 1		Chave de Acesso da NF-e 35241008231734000193550000001951041002169242 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 135242250642082 07/10/2024 22:10	
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 07/10/2024
Endereço AV DR ORLANDO T SANTOS 50	Bairro/Distrito WILLIAMS	Cep 17402-064	Data de Saída/Entrada 07/10/2024
Município GARÇA	Fone/Fax (14)035325198	UF SP	Inscrição Estadual ISENTO
FATURA			
Dupl. : 195.104/ 1 Valor : 558,00 Venc.to. 04/11/2024			
CÁLCULO DO IMPOSTO			
Base de Cálculo de ICMS 558,00	Valor do ICMS 100,44	Base de Cálculo de ICMS Sub 0,00	Valor do ICMS Sub 0,00
Valor do Frete 0,00	Valor do Seguro 0,00	Desconto / ICMS Desonerado 0,00	Outras despesas 0,00
Valor do IPI 0,00	Valor Total da Nota 558,00		
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS			
Razão Social PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR	Frete por Conta 1 - emitente 2 - destinatário 1	Código ANTT	Placa do veículo
Endereço ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM	Município SUMARE	UF SP	Inscrição Estadual 671495090114
Quantidade 1	Especie CAIXAS	Marca	Numeração
Peso Bruto 3,000	Peso Líquido 3,000		
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO			
Cód. Produto / Serviço 574287	Descrição do Produto/Serviço TIRAS PARA TESTE DE GLICEMIA INDIVIDUALIZADA C/25 MEDISIGN VR MEDICAL/CEPALAB Lote : HXC19H2D1 Val. 18/03/2025	NCM/SH 38221920	CST 000
CFOP 5102	UNID. CX	QTD. 24,00	VLR.UNIT. 18,250000
VLR.TOTAL 438,00	BC.ICMS 438,00	VLR.ICMS 78,84	VLR.IPI
ALIQ. ICMS 18,0	ALIQ. IPI		
Cód. Produto / Serviço 574130	Descrição do Produto/Serviço LANCETA DE SEGURANCA 28G LARANJA CX C/100 CEPALAB Lote : 2403105 Val. 23/03/2029	NCM/SH 90183999	CST 000
CFOP 5102	UNID. CX	QTD. 6,00	VLR.UNIT. 20,000000
VLR.TOTAL 120,00	BC.ICMS 120,00	VLR.ICMS 21,60	VLR.IPI
ALIQ. ICMS 18,0	ALIQ. IPI		
Local de entrega: RUA LUIZ MARTINS CRUZ 63 JARDIM LARO AZUL 13294-394 LOUVEIRA SP			
CÁLCULO DO ISSQN			
Inscrição Municipal	Valor Total dos Serviços	Base de Cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
DADOS ADICIONAIS			
Informações Complementares REG.:Sumaré N/P.221.197		Reservado ao FISCO	
CONTRATO DE GESTÃO 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 04/11/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 195104/1	Nosso Número 109/00326379-7
Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 558,00	(-)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 TATUÍ/SP				



Banco Itaú S/A | 341-7

34191.09008 32637.974521 24007.710007 3 98900000055800

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 04/11/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 07/10/2024	Número do Documento 195104/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 07/10/2024	Nosso Número 109/00326379-7
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R\$ 558,00
Instruções APÓS VENCIMENTO COBRAR R\$ 0,17 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 11,16 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO					(-)Descontos/Abatimentos
					(-)Outras Deduções
					(+)Mora/Multa
					(+)Outros Acréscimos
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP					(=)Valor



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00191.98920 00041.040000 00001.768387 0 00001265417

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITA **CPF/CNPJ:** 10.203.274/0001-31

Nome/Razão Social: MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITA

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 06/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 4104

Valor Calculado (R\$): 4104

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 4104

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695872386

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

		001-9		Comprovante de Entrega			
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora) () Mudou-se () Ausente () Não existe No () Recusado () Não procurado () Endereço insuficiente () Desconhecido () Falecido () Outros (anotar no verso)		
Vencimento 06/11/2024		Número do Documento 17374/1		Espécie R\$		Valor do Documento 4.104,00	
Recebemos o Título com as características acima		Data		Assinatura		Data	
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento						Data do processamento 29/10/2024	

		001-9		Recibo do Pagador			
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES			CNPJ/CPF 10.203.274/0001-31		Pagador Vencimento 06/11/2024		
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250							
Nosso Número 17683870000012654		Carteira 17/027		Espécie R\$		Quantidade	
Data do Documento 29/10/2024		Número do Documento 17374/1		Espécie Documento DM		Aceite N	
				Data do Processamento 29/10/2024		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO						(=) Valor do Documento 4.104,00	
						(-) Desconto	
						(-) Outras Deduções/Abatimento	
						(+) Mora / Multa / Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF / CNPJ: 45349461000102	
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - - Williams - 17402064 - GARÇA / SP							
Beneficiário Final: CPF / CNPJ: Código de Baixa							
Autenticação Mecânica							

		001-9		00190.00009 01768.387001 00012.654174 1 98920000410400			
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Vencimento 06/11/2024		
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI				CNPJ / CPF 10.203.274/0001-31		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7	
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250						Nosso Número 17683870000012654	
Data do Documento 29/10/2024		Número do Documento 17374/1		Espécie Doc. DM		Aceite N	
				Data do Processamento 29/10/2024		(=) Valor do Documento 4.104,00	
Uso do Banco		Carteira 17/027		Espécie R\$		Quantidade	
				Valor		(-) Desconto	
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO						(-) Outras Deduções/Abatimento	
						(+) Mora/Multa/Juros	
						(+) Outros Acréscimos	
						(=) Valor Cobrado	
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL						CPF / CNPJ: 45349461000102	
Endereço Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - Williams 17402064 - GARÇA / SP							
Beneficiário Final: CPF / CNPJ: Código de Baixa							
Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO							

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:32:17

Banco Recebedor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

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

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34195.98920 00013.600010 90404.800661 5 90536734000

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: ELLO DISTRIBUICAO LTDA EPP **CPF/CNPJ:** 14.115.388/0001-80

Nome/Razão Social: ELLO DISTRIBUICAO LTDA EPP

Pagador Sacado

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

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 06/11/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 31/10/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 1360

Valor Calculado (R\$): 1360

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 1360

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 31/10/2024 -

Código da operação: 37695897733

Chave de segurança:

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

SAC CAIXA

0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

Ouvidoria

0800 725 7474

0800 104 0104

ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: -SE ATENTAR AO ENDEREÇO DE ENTREGA NAS OBSERVAÇÕES BASE DE CÁLCULO REDUZIDA PARA 7. CONF ART 8 INC LVII ANEXO IX DECRETO 485297. TARE 2722016 Decreto n40.5492020 DOE 23.03.2020. altera o RICMSDF. para conceder isenção do ICMS nas saídas internas luvas médicas NCM 40151900. ART. 54 DO RCTESP EVITE TRANSTORNOS CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA A ELLO DECLARA QUE OS PRODUTOS NESTE DOC. FISCAL POSSUEM RASTREABILIDADE, LICITUDE E AUTENTICIDADE ART. 07 DA RDC430 DE 081020. PRACA DE PAGAMENTO BRASILIADF. ID 364732417 ENDEREÇO DE ENTREGA RUA LUIZ MARTINS CRUZ N63 JARDIM LAGO AZULLOUVEIRA SAO PAULO CEP13294394 CONTRATO DE GESTÃO 0012024 PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA : 00168 : 3 NF 0004213/1 1360 06/11/2024	RESERVADO AO FISCO
---	---------------------------



Banco Itaú S.A.

341-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário ELLO DISTRIBUICAO LTDA-EPP		CNPJ/CPF 14.115.388/0001-80		Agência/Código Beneficiário 1590/00000-4	
Endereço Beneficiário ROD C.-POLICIA M. NELSON T. N 379 GLP 31 ITAPEVI SAO PAULO SP 06.696-110					
Pagador ASS. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Nosso Numero 109/04048006-6			
Endereço R DR ORLANDO T SANTOS N/50, N/50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP		CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 45.349.461/0001-02			
Vencimento 06/11/2024	Data do Documento 07/10/2024	Número do Documento NF 0004213/1	Mora Diária	Valor do Documento 1.360,00	Desconto Vendedor
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima		Assinatura			

Impresso pelo Software GESTCOM

www.gestcom.com.br



Banco Itaú S.A.

341-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.					Vencimento 06/11/2024	
Beneficiário ELLO DISTRIBUICAO LTDA-EPP					Agência/Código Beneficiário 1590/00000-4	
Data do Documento 07/10/2024		Número do Documento NF 0004213/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 07/10/2024	Cart. / Nosso Número 109/04048006-6
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.360,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.) Após o vencimento cobrar multa de R\$ 27,20 e juros de R\$ 4,53 ao dia. PROTESTAR APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO JUROS AO DIA DE 0,33% MULTA POR ATRASO DE 2% PRAÇA DE PAGAMENTO: BRASILIA DF						(-) Desconto
						(-) Outras Deduções/Abatimentos
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador ASS. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS N/50, N/50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP					CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 45.349.461/0001-02 Código de Baixa 109/04048006-6	
Pagador / Avalista Impresso pelo Software GESTCOM					Autenticação mecânica www.gestcom.com.br	



Banco Itaú S.A.

341-7

34191.09040 04800.661599 05367.340006 5 98920000136000

Local de Pagamento ATE O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ. APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ.					Vencimento 06/11/2024	
Beneficiário ELLO DISTRIBUICAO LTDA-EPP					Agência/Código Beneficiário 1590/00000-4	
Data do Documento 07/10/2024		Número do Documento NF 0004213/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 07/10/2024	Cart. / Nosso Número 109/04048006-6
Uso do Banco		Carteira 109	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 1.360,00
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário.) Após o vencimento cobrar multa de R\$ 27,20 e juros de R\$ 4,53 ao dia. PROTESTAR APÓS 03 DIAS DO VENCIMENTO JUROS AO DIA DE 0,33% MULTA POR ATRASO DE 2% PRAÇA DE PAGAMENTO: BRASILIA DF						(-) Desconto
						(-) Outras Deduções/Abatimentos
						(+) Mora/Multa/Juros
						(+) Outros Acréscimos
						(=) Valor Cobrado
Pagador ASS. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL R DR ORLANDO T SANTOS N/50, N/50 17402-064 WILLIAMS GARCA SP					CPF/CNPJ do Pagador CNPJ: 45.349.461/0001-02 Código de Baixa 109/04048006-6 CPF Avalista:	
Pagador / Avalista					Autenticação mecânica - Ficha de Compensação	

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:31:28

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 237/2388/00000010550-3

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 02.653.791/0001-84

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 119,10

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 31/10/2024

Data da Operação: 31/10/2024

Código da Operação: 72267174

Chave de Segurança: 41G3Z1TPEK8TYGS2

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Recebemos de SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA - ME os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado

Data de recebimento

Identificacao e Assinatura do receptor

NF-e
Nro.: 000.004.869
Serie: 1

SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA
LTDA - ME

AVENIDA RICIERI CHIQUETTO, 52 , JARDIM SANTO ANTONIO, LOUVEIRA - SP CEP: 13294416

(19) 3848-1130

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica

0 - Entrada
1 - Saída
Nro. Nota: 000.004.869
Serie:1 Folha:1 de 1



Chave de Acesso
3524 1002 6537 9100 0184 5500 1000 0048 6910 1189 7010
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizada

Natureza de Operacao
VENDA

Protocolo de autorizacao de uso
13524222485664 04/10/2024 10:31:57

Inscricao Estadual
421.013.569.112

Inscricao Estadual do Subst. Tributario

CNPJ
02.653.791/0001-84

DESTINATARIO/REMETENTE

Nome/Razao Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

Data da Emissao
04/10/2024

Endereco
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

Bairro/Distrito
WILLIAMS

CEP
17402064

Data de Saída / Entrada

Municipio
GARÇA

Fone/Fax

UF
SP

Inscricao Estadual

Hora de Saída
00:00

FATURA/DUPPLICATA

01/11/2024 001 119,10

CALCULO DO IMPOSTO					
Base de Calculo ICMS	Valor de ICMS	Valor Aproximado dos Tributos	Base de Calculo de Subst. Trib.	Valor de Calculo de Subst. Trib.	Valor total dos Produtos
0,00	0,00	33,62	0,00	0,00	119,10
Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessorias	Valor total do IPI	Valor total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	119,10

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Nome/Razao Social

Frete por Conta
1 - Contratação do Frete por conta do Destinatário (FOB)

Codigo ANTT

Placa

UF

CPF/CNPJ

Endereco

Municipio

UF

Inscricao Estadual

Quantidade
49

Especie

Marca

Numeracao

Peso Bruto
0,000

Peso Liquido
0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVICO														
Cod. Prod.	Descricao do Produto/Servico	NCM	O/CST	CFOP	Unid.	Qtde.	Vi. Unit.	Vi. Desc.	V. Total	Bc. Icms	Vi. Icms	Vi. Ipi	Aliquota	
													Icms	Ipi
7894494000560	CAD.BROCHURAO DURA STIFF 48FLS AZUL - UN Informacoes Adicionais: CEST: 19.021.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 10,35 (26,20 %) Fonte:IBPT	48202000	0500	5405	UN	5	7,90	0,00	39,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2100002024955	FITA CETIM N.1 10MTS - PC Informacoes Adicionais: Val. Aprox. dos Tributos: RS 3,46 (22,20 %) Fonte:IBPT	58063200	0102	5102	PC	4	3,90	0,00	15,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000000016252	PAPEL CARTOLINA LARANJA/PRETA 48X66 - FL Informacoes Adicionais: CEST: 19.017.00 Val. Aprox. dos Tributos: RS 19,81 (30,96 %) Fonte:IBPT	48102290	0102	5102	FL	40	1,60	0,00	64,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

Informacoes Complementares
CONTRATO GESTAO 001/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA. Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Nao gera direito a Credito Fiscal de IPI.

Reservado ao Fisco

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/11/2024 às 09:31:28

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032686-6

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 274/0001/00008184544-8

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: JR PLUS DIAGNOSTICO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 29.618.586/0001-34

Tipo Pessoa: Jurídica

Valor: R\$ 23.462,50

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 31/10/2024

Data da Operação: 31/10/2024

Código da Operação: 71068357

Chave de Segurança: 2SUV78UH6YR56Z9R

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 DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador



Data e Hora de Emissão da NFS-e
03/09/2024 16:44:41

Competência da NFS-e
09/2024

DADOS DA NFS-e
Número / Série
52 / U

Código de Verificação
aYRs4kpHU

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:
29.618.586/0001-34
Nome/Razão Social:
JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

Endereço: RUA CLAUDIO MANOEL DA COSTA 158 VERGUEIRO

Município / País:
SOROCABA / BRASIL

Inscrição Municipal:
399898
E-mail:
ADILSON@AERSERV.COM.BR

UF: CEP: Telefone:
SP 18030-083 (11) 9975-9090

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:
45.349.461/0001-02
Nome/Razão Social:
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS

Município / País:
GARÇA / BRASIL

Inscrição Municipal:
E-mail:
clsato@ahbb.org.br

UF: CEP: Telefone:
SP 17402-064

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

CONTRATO DE GESTÃO 01/2024 - PREFEITURA DE LOUVEIRA Prestação de Serviços Radiológicos para o Hospital Santo Antônio/Pronto Atendimento Adulto de Louveira-SP. Período 01/08/2024 a 31/08/2024.

DADOS BANCÁRIOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS:
BANCO GRAFENO : 274
AG. 0001
CONTA CORRENTE: 08184544-8

Serviços prestados pelos próprios sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal isento do INSS conforme previsto no artigo 120, inciso III, parágrafo 2º da IN/RFB nº 971/2009.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: 864020500 - SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIACAO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA
Serviço: 0402 - ANALISES CLINICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MEDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-

Município da Incidência do ISSQN SOROCABA	Município / País da Prestação do Serviço LOUVEIRA	Responsável pelo recolhimento do ISSQN PRESTADOR
Exigibilidade do ISSQN Exigível	Situação do prestador perante o Simples Nacional NÃO OPTANTE	Regime especial de tributação do ISSQN -

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R\$)	Deduções (R\$)	Desc. Incondicionado (R\$)	Base Cálculo ISSQN (R\$)	Alíquota	Valor ISSQN
25.000,00	0,00	0,00	25.000,00	4,000000	1.000,00

RETENÇÕES

ISSQN (R\$)	IRRF (R\$)	PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	250,00	162,50	750,00	0,00	375,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R\$)	Retenções (R\$)	Descontos (R\$)	Valor Líquido (R\$)
25.000,00	1.537,50	0,00	23.462,50

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF: Regra especial:
Número da nota fiscal substituída:

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	1.528,69	992.474,10
30/09/2024	TOTAL DE DESPESAS PAGAS EM 2024	-992.474,10	0,00
=	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	0,00
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	0,00
	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
=	SALDO TOTAL	0,00	0,00

<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	0,00
=	SALDO TOTAL EM BANCO	0,00

Louveira, 31 de Outubro 2024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRÉSIDENTE

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA - 2024
(Banco 104) (Conta Corrente 1292.000578032686-6)

<u>POSIÇÃO CONTÁBIL</u>			
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
01/09/2024	SALDO ANTERIOR	188.191,72	188.191,72
30/09/2024	CONVÊNIO RECEBIDO NO EXERCÍCIO	1.499.934,90	1.688.126,62
30/09/2024	RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	1.522,59	1.689.649,21
30/09/2024	TOTAL DE DESPESAS PAGAS EM 2024	-1.051.733,61	637.915,60
=	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	637.915,60
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	188.191,72	637.915,60
	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	0,00
=	SALDO TOTAL	188.191,72	637.915,60

<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		637.915,60
=	SALDO TOTAL EM BANCO		637.915,60

Louveira, 31 de Outubro 2024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

0,00

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	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	128.962
12	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.245
13	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.442
14	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.728
15	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.998
16	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.136
17	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.456
18	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.635
19	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	130.775
20	11/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	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	REFEIÇÕES	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	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	
28	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
29	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
30	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	REFEIÇÕES	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	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	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	117.251
42	16/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.233

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
43	16/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	129.316
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
46	20/09/2024	RESUMO DA FOLHA	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 26.825,43	R\$ -	R\$ 26.825,43	137.625
47	20/09/2024	RESUMO DA FOLHA	INSS	RECOLHIMENTO DE INSS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 33.042,56	R\$ -	R\$ 33.042,56	137.749
48	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	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.625
54	20/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.749
55	20/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.814
56	20/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	137.886
57	20/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	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	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	118.973
78	25/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00	R\$ -	R\$ 12,00	119.137
79	25/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 69,00	R\$ -	R\$ 69,00	0
80	25/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00	R\$ -	R\$ 2,00	140
81	25/09/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	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
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

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
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
95	02/10/2024	EXTRATO	FOLHA DE PAGAMENTO	TESTE	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1,00		R\$ 1,00	452.304
96	04/10/2024	N.F. 8.623	M.S AURICCHIO ETIQUETAS AUTOMAÇÃO COMERCIAL LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 440,00		R\$ 440,00	53.581
97	04/10/2024	N.F. 105.586	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 327,00		R\$ 327,00	53.666
98	04/10/2024	N.F. 16.879	ALPHA DISTRIBUIDORA DE HIGIÊNICO E DESCARTAVEIS LTDA	COPA E DESCARTAVÉIS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 1.219,60		R\$ 1.219,60	53.807
99	04/10/2024	N.F. 26.214	DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 537,03		R\$ 537,03	116.780
100	04/10/2024	TERMO DE RESCISÃO	JENNIFER DOS SANTOS ALMEIDA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 3.670,05		R\$ 3.670,05	41.357
101	04/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 923,16		R\$ 923,16	41.615
102	04/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	116.780
103	04/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	150.482
104	04/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00		R\$ 2,00	140
105	07/10/2024	TERMO DE RESCISÃO	CLAUDIA CRISTINA DO PRADO CARANICOLOV	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.443,35		R\$ 6.443,35	525.125
106	07/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	525.125
107	10/10/2024	N.F. 17	FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL E PORTARIA LTDA ME	SERVIÇOS DE SEGURANÇA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 40.940,00		R\$ 40.940,00	564.029

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
108	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	564.029
109	10/10/2024	N.F. 4.813	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 1.409,80		R\$ 1.409,80	316.511
110	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	316.511
111	10/10/2024	N.F. 4.812	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 201,80		R\$ 201,80	409.997
112	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	409.997
113	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	510.276
114	10/10/2024	N.F. 222	MRB MOREIRA CHAVEIROS	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 209,80		R\$ 209,80	529.675
115	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	529.675
116	10/10/2024	N.F. 13	LUCIANO NOCODEMI JUNIOR	PAGAMENTO DE SALÁRIO PJ	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.000,00		R\$ 2.000,00	42.773
117	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	42.773
118	10/10/2024	N.F. 4.776	CPS COMERCIAL DE MAT.EQUIP.MEDICOS IMPOST EXPORT LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.980,00		R\$ 1.980,00	101.537
119	10/10/2024	N.F. 567.664	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 966,55		R\$ 966,55	101.537
120	10/10/2024	N.F. 567.664	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 31,43		R\$ 31,43	101.537
121	10/10/2024	N.F. 17.094	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 2.590,00		R\$ 2.590,00	101.537
122	10/10/2024	N.F. 17.094	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 86,00		R\$ 86,00	101.537
123	10/10/2024	N.F. 132.706	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 560,15		R\$ 560,15	101.538
124	10/10/2024	N.F. 132.706	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 15,67		R\$ 15,67	101.538
125	10/10/2024	N.F. 190.561	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 514,18		R\$ 514,18	101.538
126	10/10/2024	N.F. 190.561	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 0,45		R\$ 0,45	101.538
127	10/10/2024	N.F. 190.602	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 568,88		R\$ 568,88	101.538

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
128	10/10/2024	N.F. 190.602	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 0,51		R\$ 0,51	101.538
129	10/10/2024	N.F. 224.261	GLOBAL HOSPITALAR IMPORTAÇÃO E COMERCIO S.A	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.099,00		R\$ 1.099,00	101.539
130	10/10/2024	N.F. 224.261	GLOBAL HOSPITALAR IMPORTAÇÃO E COMERCIO S.A	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 1,64		R\$ 1,64	101.539
131	10/10/2024	N.F. 7.509	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 100,00		R\$ 100,00	101.539
132	10/10/2024	N.F. 7.669	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 189,07		R\$ 189,07	101.539
133	10/10/2024	N.F. 7.509 / 7669	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 1,74		R\$ 1,74	101.539
134	10/10/2024	N.F. 224.351	GLOBAL HOSPITALAR IMPORTAÇÃO E COMERCIO S.A	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 2.229,35		R\$ 2.229,35	101.539
135	10/10/2024	N.F. 16.010	PRECISION COMERCIAL DIST. DE PROD. MEDICO HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 3.297,00		R\$ 3.297,00	101.539
136	10/10/2024	N.F. 16.010	PRECISION COMERCIAL DIST. DE PROD. MEDICO HOSPITALAR LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 68,13		R\$ 68,13	101.539
137	10/10/2024	N.F. 1.787	KAUPLAST COMÉRCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO LTDA	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 402,30		R\$ 402,30	101.540
138	10/10/2024	N.F. 1.787	KAUPLAST COMÉRCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 12,86		R\$ 12,86	101.540
139	10/10/2024	N.F. 321.007	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.465,80		R\$ 1.465,80	101.540
140	10/10/2024	N.F. 321.007	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 1,47		R\$ 1,47	101.540
141	10/10/2024	N.F. 13.540	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA - PRODUTO	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	101.540
142	10/10/2024	NOTA DÉBITO 03	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 110,00		R\$ 110,00	101.550
143	10/10/2024	NOTA DÉBITO 03	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 140,00		R\$ 140,00	101.551
144	10/10/2024	NOTA DÉBITO 03	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 160,00		R\$ 160,00	101.551

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
145	10/10/2024	NOTA DÉBITO 03	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 140,00		R\$ 140,00	101.551
146	10/10/2024	NOTA DÉBITO 03	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 140,00		R\$ 140,00	101.551
147	10/10/2024	NOTA DÉBITO 03	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 690,00		R\$ 690,00	318.334
148	10/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	318.334
149	10/10/2024	N.F. 13.556	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA - PRODUTO	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 55,00		R\$ 55,00	102.034
150	10/10/2024	N.F. 15.734	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE TRANSPORTE	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 13,84		R\$ 13,84	102.035
151	10/10/2024	FAT. 9.518	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE TRANSPORTE	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1.136,48		R\$ 1.136,48	102.035
152	10/10/2024	N.F. 7.550	SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO LTDA	LOCAÇÃO DE SISTEMA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 3.290,00		R\$ 3.290,00	102.036
153	10/10/2024	N.F. 30.732	HAND SHOP SUPRIMENTOS MEDICOS E TERAPEUTICOS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 226,80		R\$ 226,80	102.036
154	10/10/2024	N.F. 158.857	ASTRA FARMA COMERCIO DE MAT. MED. HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 616,00		R\$ 616,00	102.036
155	10/10/2024	N.F. 39.170	SUPER - DINATEC COMERCIO DE PAPEIS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 119,00		R\$ 119,00	102.036
156	10/10/2024	N.F. 13.448	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA - PRODUTO	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	102.037
157	14/10/2024	DARF	CSLL / PIS / CONFINS / IRRF	CSLL / PIS / CONFINS / IRRF	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 914,61		R\$ 914,61	141.540
158	14/10/2024	DARF	CSLL / PIS / CONFINS / IRRF	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 75,54		R\$ 75,54	
159	14/10/2024	DARF	INSS / IRRF	INSS / IRRF	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 10.342,02		R\$ 10.342,02	141.540
160	14/10/2024	DARF	INSS / IRRF	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 854,21		R\$ 854,21	
161	14/10/2024	NOTA DÉBITO 02	CAF CENTER CIRURGICA E OTICA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 690,00		R\$ 690,00	405.885
162	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	405.885
163	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	554.740

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
164	14/10/2024	N.F. 715.799	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.454,87		R\$ 1.454,87	141.541
165	14/10/2024	N.F. 715.799	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MULTA / JUROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 7,25		R\$ 7,25	141.541
166	14/10/2024	N.F. 13.603	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA - PRODUTO	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 535,00		R\$ 535,00	141.542
167	14/10/2024	N.F. 4.863	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 244,80		R\$ 244,80	912.411
168	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	912.411
169	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	242.337
170	14/10/2024	N.F. 3.782	MERCADO SOARES MARTINS LTDA	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 285,40		R\$ 285,40	397.724
171	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	397.724
172	14/10/2024	N.F. 47	ELETROSAT COM. E PRESTACAO DE SERVICOS EM APARELHO ELETRONICOS LTDA - PRODUTOS	MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 410,00		R\$ 410,00	141.545
173	14/10/2024	N.F. 286	SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA	INSUMO DETETIZAÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 220,00		R\$ 220,00	141.547
174	14/10/2024	N.F. 4.134	SHIELD CONTROLE DE PRAGAS LTDA	SERVIÇOS DE DETETIZAÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 330,00		R\$ 330,00	141.547
175	14/10/2024	N.F. 191.926	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.194,80		R\$ 1.194,80	141.547
176	14/10/2024	N.F. 133.456	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 2.764,96		R\$ 2.764,96	141.547
177	14/10/2024	N.F. 191.986	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 952,90		R\$ 952,90	141.547
178	14/10/2024	N.F. 138.129	JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA	MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 328,70		R\$ 328,70	141.548
179	14/10/2024	N.F. 143.066	MEDICATUS FARMACIA MANIPUAÇÃO LTDA ME	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 72,00		R\$ 72,00	141.548
180	14/10/2024	N.F. 105.936	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 429,00		R\$ 429,00	141.548
181	14/10/2024	N.F. 15.634	MR PLASTICOS (MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP).	CARRO CUBA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 1.947,00		R\$ 1.947,00	141.549
182	14/10/2024	N.F. 1.506	CAJ MATERIAIS ELETRICOS LTDA	MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 416,90		R\$ 416,90	141.549
183	14/10/2024	FAT. 0300664003790	EMBRATEL (CLARO S/A)	TELEFONIA	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 194,13		R\$ 194,13	141.549
184	14/10/2024	FAT. 0300664003862	EMBRATEL (CLARO S/A)	TELEFONIA	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 149,93		R\$ 149,93	141.550
185	14/10/2024	N.F. 7.885	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 100,00		R\$ 100,00	141.551

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
186	14/10/2024	N.F. 192.467	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 688,39		R\$ 688,39	141.606
187	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 6,12		R\$ 6,12	141.606
188	14/10/2024	N.F. 190	DROGARIA NOVA SOLLARE ME	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 191,36		R\$ 191,36	599.289
189	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	599.289
190	14/10/2024	N.F.160	AUDIOCAR SOM ACESSORIOS E INSULFIM LTDA - ME	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 490,00		R\$ 490,00	141.611
191	14/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 4,36		R\$ 4,36	141.611
192	15/10/2024	N.F. 25	GILENE FERNANDES DE SOUSA	SERVIÇOS DE COLETA E ENTREGA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 7.587,00		R\$ 7.587,00	909.716
193	15/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	909.716
194	15/10/2024	N.F. 43	EDJALMA CAMPOS DA SILVA	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 210,00		R\$ 210,00	9.965
195	15/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	9.965
196	15/10/2024	N.F. 32.816	LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 175,50		R\$ 175,50	151.505
197	15/10/2024	N.F. 4.187	COMPEL JUNDIAI PRODUTOS ELETRONICOS LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 340,00		R\$ 340,00	151.505
198	15/10/2024	N.F. 138.398	JUNDIPAR PARAFUSOS E FERRAMENTAS LTDA	MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 18,88		R\$ 18,88	151.505
199	18/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 28.870,98		R\$ 28.870,98	959.682
200	18/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	959.682
201	18/10/2024	DARF	INSS FOLHA	RECOLHIMENTO DE INSS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 33.397,74		R\$ 33.397,74	717.779
202	18/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	717.779
203	18/10/2024	DARF	INSS NOTA	RECOLHIMENTO DE INSS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 5.060,00		R\$ 5.060,00	787.448
204	18/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	787.448
205	18/10/2024	DARF	IRRF FOLHA	IRRF - FOLHA	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 11.785,08		R\$ 11.785,08	905.503
206	18/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	905.503
207	18/10/2024		IRRF NOTA	IRRF - PJ	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 11.010,75		R\$ 11.010,75	738.904
208	18/10/2024		IRRF NOTA	IRRF - PJ	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 166,51		R\$ 166,51	738.904
209	18/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	738.904

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
210	28/10/2024	N.F. 509	LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 333.167,50		R\$ 333.167,50	461.522
211	28/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	461.522
212	28/10/2024	RECIBO	PMP PRODUTOES MEDICOS PAULISTA LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 28.666,60		R\$ 28.666,60	281.441
213	28/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TRANSF E/I	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00		R\$ 2,00	281.441
214	28/10/2024	N.F. 976	EDNALDO NOGUEIRA SANTANA	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 42.801,29		R\$ 42.801,29	583.851
215	28/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	583.851
216	30/10/2024	N.F. 104	PROSPERER LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	613.066
217	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	613.066
218	30/10/2024	FAT. 1055/24	TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA	SERVIÇOS DE LAVANDEIRA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 9.000,42		R\$ 9.000,42	129.076
219	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	129.076
220	30/10/2024	N.F. 48	ELAINE R DE OLIVEIRA NEGOCIOS	SERVIÇOS DE LIMPEZA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 49.500,00		R\$ 49.500,00	172.514
221	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	172.514
222	30/10/2024	N.F. 4	FERNANDA CARVALHO ODONTOLOGIA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.800,00		R\$ 2.800,00	250.450
223	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	250.450
224	30/10/2024	N.F. 6	LARISSA GALVÃO ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 5.600,00		R\$ 5.600,00	287.862
225	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	287.862
226	30/10/2024	N.F. 4	DANTE LUCCHESI ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.300,00		R\$ 6.300,00	336.956
227	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	336.956
228	30/10/2024	N.F. 4	FC SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 9.100,00		R\$ 9.100,00	407.514
229	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	407.514
230	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	460.585
231	30/10/2024	N.F. 2	JULIANA MENDONÇA BEZERRA ODONTOLOGIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 7.500,00		R\$ 7.500,00	517.039
232	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	517.039
233	30/10/2024	N.F. 5	BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 11.168,15		R\$ 11.168,15	566.268
234	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	566.268

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
235	30/10/2024	RECIBO 35.533	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 19.770,00		R\$ 19.770,00	301.045
236	30/10/2024	RECIBO 35.533	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSP S.A	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 481,07		R\$ 481,07	301.045
237	30/10/2024	N.F. 4.435	DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME	SEGURANÇA DO TRABALHO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.815,50		R\$ 2.815,50	301.045
238	30/10/2024	FAT. 5.599	MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAM HOSPITALARES LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 4.290,00		R\$ 4.290,00	301.046
239	30/10/2024	FAT. 5.599	MCAMAS LOCACAO DE EQUIPAM HOSPITALARES LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 85,80		R\$ 85,80	301.046
240	30/10/2024	FAT. 475008573	ALGAR TELECOM S/A	INTERNET	UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 1.250,02		R\$ 1.250,02	301.047
241	30/10/2024	N.F. 8.028	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 100,00		R\$ 100,00	301.047
242	30/10/2024	N.F. 8.028	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 1,80		R\$ 1,80	301.047
243	30/10/2024	N.F. 721.220	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 673,80		R\$ 673,80	301.048
244	30/10/2024	N.F. 721.220	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 6,72		R\$ 6,72	301.048
245	30/10/2024	N.F. 193.531	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.945,85		R\$ 1.945,85	301.048
246	30/10/2024	N.F. 193.531	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 3,48		R\$ 3,48	301.048
247	30/10/2024	N.F. 445.336	PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 366,40		R\$ 366,40	301.049
248	30/10/2024	N.F. 445.336	PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 18,76		R\$ 18,76	301.049
249	30/10/2024	N.F. 13.674	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	301.049
250	30/10/2024	N.F. 13.674	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 6,25		R\$ 6,25	301.049
251	30/10/2024	FAT. 1.907	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	LOCAÇÃP CILINDROS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 810,00		R\$ 810,00	301.050
252	30/10/2024	FAT. 1.907	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 10,55		R\$ 10,55	301.050

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
253	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	494.758
254	30/10/2024	N.F. 714	WANER LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA EPP	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12.799,01		R\$ 12.799,01	816.093
255	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	816.093
256	30/10/2024	N.F. 572.128	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 3.387,00		R\$ 3.387,00	301.053
257	30/10/2024	N.F. 572.128	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 84,68		R\$ 84,68	301.053
258	30/10/2024	N.F. 134.617	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 9.012,58		R\$ 9.012,58	301.054
259	30/10/2024	N.F. 134.617	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 228,31		R\$ 228,31	301.054
260	30/10/2024	N.F. 134.631	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 643,89		R\$ 643,89	301.054
261	30/10/2024	N.F. 134.631	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 16,31		R\$ 16,31	301.054
262	30/10/2024	FAT. 193.780	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.124,38		R\$ 1.124,38	301.054
263	30/10/2024	FAT. 193.780	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 0,68		R\$ 0,68	301.054
264	30/10/2024	FAT. 193.775	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 4.480,24		R\$ 4.480,24	301.055
265	30/10/2024	FAT. 193.775	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 2,68		R\$ 2,68	301.055
266	30/10/2024	N.F. 25.897	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 11.086,95		R\$ 11.086,95	301.055
267	30/10/2024	N.F. 25.897	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 14,77		R\$ 14,77	301.055
268	30/10/2024	N.F. 795.049	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 3.511,80		R\$ 3.511,80	301.056
269	30/10/2024	N.F. 795.049	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 11,70		R\$ 11,70	301.056

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
270	30/10/2024	N.F.186.286	BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO - CIRURGICOS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 675,00		R\$ 675,00	301.056
271	30/10/2024	N.F.186.286	BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO - CIRURGICOS LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 4,04		R\$ 4,04	301.056
272	30/10/2024	N.F. 722.218	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 3.999,93		R\$ 3.999,93	301.056
273	30/10/2024	N.F. 722.218	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 13,33		R\$ 13,33	301.056
274	30/10/2024	N.F. 572.112	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 5.498,35		R\$ 5.498,35	301.056
275	30/10/2024	N.F. 572.112	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 137,46		R\$ 137,46	301.056
276	30/10/2024	N.F. 795.053	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 2.709,82		R\$ 2.709,82	301.057
277	30/10/2024	N.F. 795.053	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 9,01		R\$ 9,01	301.057
278	30/10/2024	N.F. 28.762	FOX INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS E HOSPITALARES	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 700,00		R\$ 700,00	301.057
279	30/10/2024	N.F. 28.762	FOX INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS E HOSPITALARES	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 19,60		R\$ 19,60	301.057
280	30/10/2024	N.F. 8.323	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	ETANOL	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 100,00		R\$ 100,00	301.057
281	30/10/2024	N.F. 8.323	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 0,40		R\$ 0,40	301.057
282	30/10/2024	N.F. 722.632	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 3.457,94		R\$ 3.457,94	301.057
283	30/10/2024	N.F. 722.632	SUPERMED COM.E IMP.DE PROD.MED.E HOSPIT.LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 5,76		R\$ 5,76	301.057
284	30/10/2024	FAT. 065	CPS COMERCIAL DE MAT.EQUIP.MEDICOS IMPOST EXPORT LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 600,00		R\$ 600,00	301.058
285	30/10/2024	N.F. 106.502	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 605,20		R\$ 605,20	301.058
286	30/10/2024	FAT. 1873861	LOCALIZA FLEET S/A	LOCAÇÃO DE VEICULO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2.100,00		R\$ 2.100,00	301.058
287	30/10/2024	N.F. 106.503	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 624,00		R\$ 624,00	301.059

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
288	30/10/2024	N.F. 15.959	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1,00		R\$ 1,00	301.059
289	30/10/2024	FAT. 9.602	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 281,40		R\$ 281,40	301.059
290	30/10/2024	N.F. 16.911	LABWAY DIAGNOSTICA COMERCIO E REPRESENTACOES EPP	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 3.380,00		R\$ 3.380,00	301.059
291	30/10/2024	N.F. 322.185	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MEDICAMENTOS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 860,50		R\$ 860,50	301.059
292	30/10/2024	N.F. 322.167	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 678,90		R\$ 678,90	301.100
293	30/10/2024	N.F. 1.845.188	PAPEL PLASTICO ITUPEVA LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 769,40		R\$ 769,40	301.100
294	30/10/2024	N.F. 106.548	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 2.496,00		R\$ 2.496,00	301.100
295	30/10/2024	N.F. 4.834	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 338,40		R\$ 338,40	129.797
296	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	129.797
297	30/10/2024	N.F. 4.835	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 458,00		R\$ 458,00	210.450
298	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	210.450
299	30/10/2024	N.F. 441	DIEGO DIAS	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 180,00		R\$ 180,00	269.769
300	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	269.769
301	30/10/2024	N.F. 106.066	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL MANUTENÇÃO	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 546,40		R\$ 546,40	301.101
302	30/10/2024	N.F. 106.066	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 11,17		R\$ 11,17	301.101
303	30/10/2024	N.F. 106.075	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 119,60		R\$ 119,60	301.101
304	30/10/2024	N.F. 106.075	COMERCIAL RUZALEM LTDA	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 2,46		R\$ 2,46	301.101
305	30/10/2024	DARF	CSLL/PIS/COFINS/IRRF	PIS/COFINS/CSLL/IRRF	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 184,50		R\$ 184,50	301.102
306	30/10/2024	DARF	CSLL/PIS/COFINS/IRRF	PIS/COFINS/CSLL/IRRF	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 1.537,50		R\$ 1.537,50	301.102
307	30/10/2024	DARF	CSLL/PIS/COFINS/IRRF	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 56,81		R\$ 56,81	
308	30/10/2024	TERMO DE RESCISÃO	LEIDAYANE CARVALHO SILVA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.747,07		R\$ 6.747,07	301.609
309	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00		R\$ 2,00	301.609

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
310	30/10/2024	TERMO DE RESCISÃO	LEIDIANE LOPES BARROSO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.735,21		R\$ 6.735,21	462.459
311	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	462.459
312	30/10/2024	N.F. 15.938	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE TRANSPORTE	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 30,14		R\$ 30,14	301.615
313	30/10/2024	FAT. 9.590	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE TRANSPORTE	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.474,99		R\$ 2.474,99	301.615
314	30/10/2024	N.F. 15.854	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 1,00		R\$ 1,00	301.615
315	30/10/2024	FAT. 9.565	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 31.345,40		R\$ 31.345,40	301.615
316	30/10/2024	N.F. 245	TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA.	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 4.000,00		R\$ 4.000,00	120.667
317	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	120.667
318	30/10/2024	N.F. 52	NUMERA ASSESSORIA CONTABIL	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 8.000,00		R\$ 8.000,00	179.782
319	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	179.782
320	30/10/2024	N.F. 218	GESTARE SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITÓRIO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	COORPORATIVOS	R\$ 32.000,00		R\$ 32.000,00	234.014
321	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	234.014
322	30/10/2024	N.F. 4	ODONTO SORRISO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 6.300,00		R\$ 6.300,00	559.907
323	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	559.907
324	30/10/2024	FAT. 80.935	SITCON TECNOLOGIA E LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS INFORMÁTICA	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 15.065,00		R\$ 15.065,00	614.511
325	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	614.511
326	30/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 718,19		R\$ 718,19	301.617
327	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	278.717
328	30/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 403,31		R\$ 403,31	301.620
329	30/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	MULTA / JUROS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 22,20		R\$ 22,20	301.620
330	30/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 756,18		R\$ 756,18	301.620
331	30/10/2024	GUIA FGTS	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 301,74		R\$ 301,74	301.621
332	30/10/2024	N.F. 4.513	DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME	SEGURANÇA DO TRABALHO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 2.815,50		R\$ 2.815,50	301.622
333	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 8,50		R\$ 8,50	301.622

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
334	30/10/2024	N.F. 298	AOMED INDUSTRIA E COMERCIO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.850,00		R\$ 1.850,00	301.622
335	30/10/2024	N.F. 4.786	INTEGRAL NUTRI ALIMENTAÇÃO E SERVIÇOS EIRELI	REFEIÇÕES	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 28.058,22		R\$ 28.058,22	301.622
336	30/10/2024	TERMO DE RESCISÃO	RITA DE CASSIA BISPO DOS SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 7.209,77		R\$ 7.209,77	301.631
337	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TRANSF E/I	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 2,00		R\$ 2,00	301.631
338	30/10/2024	TERMO DE RESCISÃO	PRISCILA DOMINGUES CAZARIM	PAGAMENTO DE RESCISÃO	PESSOAL E REFLEXOS	R\$ 7.349,51		R\$ 7.349,51	278.365
339	30/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	278.365
340	31/10/2024	N.F. 26.368	DENTAL GLOBO MATERIAIS ODONTOL. LTDA ME	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 420,30		R\$ 420,30	479.392
341	31/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	479.392
342	31/10/2024	N.F. 58	JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO RX	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 23.462,50		R\$ 23.462,50	555.827
343	31/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	555.827
344	31/10/2024	N.F. 13.564	ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA	GASES MEDICINAIS	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 480,00		R\$ 480,00	792.618
345	31/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	792.618
346	31/10/2024	N.F. 573.468	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 1.722,00		R\$ 1.722,00	311.432
347	31/10/2024	N.F. 9.918	ADESIVA IMPRESSOES DE ETIQUETAS E PLACAS IND LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 620,00		R\$ 620,00	311.432
348	31/10/2024	N.F. 445.861	PROCOMP PRODUTOS E SERVICOS DE INFORMATICA LTDA.	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 4.163,30		R\$ 4.163,30	311.432
349	31/10/2024	N.F. 2.861	COMERCIO DE PAPEIS SANTA CRUZ VINHEDO LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 335,70		R\$ 335,70	311.432
350	31/10/2024	N.F. 496.930	POLAR FIX INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 800,88		R\$ 800,88	311.432
351	31/10/2024	N.F. 33.640	LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 784,00		R\$ 784,00	311.433
352	31/10/2024	N.F. 195.104	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 558,00		R\$ 558,00	311.433
353	31/10/2024	N.F. 17.374	MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTENCIAL	R\$ 4.104,00		R\$ 4.104,00	311.433

Nº Ordem	Data do pagamento	Documento Fiscal	Fornecedor	Natureza da Despesa	Categoria da Despesa	Recurso Municipal	Recurso Próprio	Valor Pago	Nº da Transferência
354	31/10/2024	N.F. 4.213	ELLO DISTRIBUIÇÃO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 1.360,00		R\$ 1.360,00	311.433
355	31/10/2024	N.F. 4.869	SONIA PAPELARIA DE LOUVEIRA LTDA ME	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 119,10		R\$ 119,10	267.174
356	31/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	267.174
357	31/10/2024	N.F. 52	JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO RX	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 23.462,50		R\$ 23.462,50	68.357
358	31/10/2024	EXTRATO	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	TARIFAS BANCÁRIAS	SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	R\$ 12,00		R\$ 12,00	68.357
MÊS					TOTAL DE DESPESAS			R\$ 1.856.326,12	
					DESPESAS - RECURSO MUNICIPAL			R\$ 1.856.326,12	
					DESPESAS - RECURSOS PRÓPRIOS			R\$ -	