

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\$ 3.466.872,90	R\$ -	R\$ 3.466.872,90	R\$ 3.466.872,90	R\$ -	
MATERIAIS DE CONSUMO	R\$ 68.270,95	R\$ -	R\$ 68.270,95	R\$ 68.270,95	R\$ -	
MATERIAIS E CONSUMO ASSISTÊNCIAL	R\$ 231.522,94	R\$ -	R\$ 231.522,94	R\$ 231.522,94	R\$ -	
GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	R\$ 20.906,10		R\$ 20.906,10	R\$ 20.906,10		
SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$ 567.863,47	R\$ -	R\$ 567.863,47	R\$ 567.863,47	R\$ -	
UTILIDADES PÚBLICA	R\$ 1.735,05	R\$ -	R\$ 1.735,05	R\$ 1.735,05	R\$ -	
COOPORTATIVOS	R\$ 64.000,00	R\$ -	R\$ 64.000,00	R\$ 64.000,00	R\$ -	
BENS E MATERIAIS PERMANENTES	R\$ 191.476,09	R\$ -	R\$ 191.476,09	R\$ 191.476,09	R\$ -	
TOTAL	R\$ 4.612.647,50	R\$ -	R\$ 4.612.647,50	R\$ 4.612.647,50	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\$ 576.827,02	R\$ -	R\$ 576.827,02	R\$ 576.827,02		
DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	R\$ 1.964,70	R\$ -	R\$ 1.964,70	R\$ 1.964,70	R\$ -	
TOTAL	R\$ 578.791,72	R\$ -	R\$ 578.791,72	R\$ 578.791,72	R\$ -	

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$ 5.221.043,90
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R\$ 5.191.439,22
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)]	R\$ 29.604,68
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	R\$ -
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K-L)	R\$ 29.604,68

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

Louveira, 31 de dezembro 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE



Extrato por período

Cliente: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta: 3104 | 1292 | 000578032685-8

Data: 02/01/2025 - 14:50

Mês: Dezembro/2024

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C
02/12/2024	021627	ENV PIX CH	625,71 D	625,71 D
02/12/2024	021627	TAR PIX	5,56 D	631,27 D
02/12/2024	852038	ENVIO TED	3.014,99 D	3.646,26 D
02/12/2024	021628	PAG BOLETO	34,60 D	3.680,86 D
02/12/2024	021628	PAG BOLETO	255,70 D	3.936,56 D
02/12/2024	021647	PAG BOLETO	4.097,00 D	8.033,56 D
02/12/2024	021647	PAG BOLETO	700,00 D	8.733,56 D
02/12/2024	000000	RESG AUT	8.733,56 C	0,00 C
02/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
03/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
04/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
05/12/2024	452304	DEB TARIFA	83,70 D	83,70 D
05/12/2024	000000	RESG AUT	83,70 C	0,00 C
05/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
06/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
09/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
10/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
11/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
12/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
13/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
16/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
17/12/2024	171614	CRED TEV	535.485,51 C	535.485,51 C
17/12/2024	000000	APLIC FUND	535.485,51 D	0,00 C
17/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
18/12/2024	601446	ENVIO TED	100.000,00 D	100.000,00 D
18/12/2024	452304	DEB TARIFA	93,60 D	100.093,60 D
18/12/2024	000000	RESG AUT	100.093,60 C	0,00 C

18/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
19/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
20/12/2024	201452	CRED TEV	564.136,39 C	564.136,39 C
20/12/2024	219998	ENVIO TED	34.309,48 D	529.826,91 C
20/12/2024	321254	ENVIO TED	11.244,54 D	518.582,37 C
20/12/2024	462027	ENVIO TED	6.237,00 D	512.345,37 C
20/12/2024	000000	APLIC FUND	512.345,37 D	0,00 C
20/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
23/12/2024	988320	ENVIO TED	200.000,00 D	200.000,00 D
23/12/2024	231609	PAG BOLETO	1.315,76 D	201.315,76 D
23/12/2024	000000	RESG AUT	201.315,76 C	0,00 C
23/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
24/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
26/12/2024	261443	ENV PIX CH	2.815,50 D	2.815,50 D
26/12/2024	261443	TAR PIX	8,50 D	2.824,00 D
26/12/2024	261443	PAG BOLETO	20.906,10 D	23.730,10 D
26/12/2024	000000	RESG AUT	23.730,10 C	0,00 C
26/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
27/12/2024	452304	FOL PAGTO	19.928,16 D	19.928,16 D
27/12/2024	783061	ENVIO TED	366.000,00 D	385.928,16 D
27/12/2024	271355	ENVIO PIX	1.479,86 D	387.408,02 D
27/12/2024	271355	ENVIO PIX	716,36 D	388.124,38 D
27/12/2024	271355	ENV PIX CH	670,00 D	388.794,38 D
27/12/2024	271355	TAR PIX	5,96 D	388.800,34 D
27/12/2024	271547	ENV PIX CH	2.090,79 D	390.891,13 D
27/12/2024	271547	TAR PIX	8,50 D	390.899,63 D
27/12/2024	000001	CRED TED	171,00 C	390.728,63 D
27/12/2024	000000	RESG AUT	390.728,63 C	0,00 C
27/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
30/12/2024	859626	ENVIO TED	321.287,00 D	321.287,00 D
30/12/2024	300948	PAG BOLETO	200,00 D	321.487,00 D
30/12/2024	434539	ENVIO TED	1.400,00 D	322.887,00 D
30/12/2024	452304	DEB TARIFA	4,50 D	322.891,50 D
30/12/2024	000000	RESG AUT	322.891,50 C	0,00 C
30/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C
31/12/2024	000000	SALDO DIA	0,00 C	0,00 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 02/01/2025
--	----------------	------------------	-----------------------

Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013
--	-------------------------------------	--

Rentabilidade do Fundo

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

Administradora

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

Cliente

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

Resumo da Movimentação

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

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

Movimentação Detalhada

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

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
753,15	171,50

Informações ao Cotista

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

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

Serviço de Atendimento ao Cotista

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


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 02/01/2025
--	----------------	------------------	-----------------------

Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013
--	-------------------------------------	--

Rentabilidade do Fundo

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

Administradora

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

Cliente

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

Resumo da Movimentação

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

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

Movimentação Detalhada

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

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
1.321,89	311,79

Informações ao Cotista
Serviço de Atendimento ao Cotista

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


Extrato Fundo de Investimento
 Para simples verificação

Nome da Agência AG EMPRESARIAL SUDESTE PAULISTA	Código 3104	Operação 5901	Emissão 02/01/2025
--	----------------	------------------	-----------------------

Fundo CAIXA FIC GIRO EMPRESAS RF REF DI L	CNPJ do Fundo 16.916.063/0001-22	Início das Atividades do Fundo 27/03/2013
--	-------------------------------------	--

Rentabilidade do Fundo

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

Administradora

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

Cliente

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

Resumo da Movimentação

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

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

Movimentação Detalhada

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

Dados de Tributação
Rendimento Base
IRRF

1.321,89

311,79

Informações ao Cotista

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

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

Serviço de Atendimento ao Cotista

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


Extrato Fundo de Investimento
Para simples verificação

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

Rentabilidade do Fundo

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

Administradora

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

Cliente

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

Resumo da Movimentação

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

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

Movimentação Detalhada

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

Dados de Tributação

Rendimento Base	IRRF
0,00	0,00

Informações ao Cotista

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

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

Serviço de Atendimento ao Cotista

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

04/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024120219252b877708299

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 02/12/2024 às 16:27:13

Valor Original: R\$ 625,71 **Valor Atualizado:** R\$ 625,71 **Tarifa:** R\$ 5,56

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: JANAINA FERNANDES LISBOA

CPF: XXX.404.416-XX

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Código da operação: 39132790547

Chave de segurança: 0CVSP57NA6QKQMS9

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

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8622	JANAINA FERNANDES LISBOA	112.404.416-73	000744762009-3	625,71
	Empregados: 1	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa: 625,71
	GARCA, 29/11/2024	Responsável:	_____	

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 04/12/2024 às 17:12:10

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032685-8

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Dados do Recebedor

Conta Destino: 260/0001/00076116210-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ANNE FRANCYELLE GOMES

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 061.879.454-92

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 3.014,99

Valor Tarifa: R\$ 0,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 02/12/2024

Data da Operação: 02/12/2024

Código da Operação: 06852038

Chave de Segurança: PE0QK9LJMCT95641

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 203.45310.33-5	11 Nome ANNE FRANCYELLE GOMES VIANA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA VALENTIM CAVALLI, 188 - CASA 3				13 Bairro JARDIM SANTO ANTONI
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.294-414	17 CTPS (nº, série, UF) 80601000000 - 00024 / AL	18 CPF 061.879.454-92
19 Data de Nascimento 09/09/1985	20 Nome da Mãe ANA GOMES FEITOSA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada				
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregado, do contrato de trabalho por prazo determinado				
23 Remuneração Mês Ant. 2.510,59	24 Data de Admissão 05/09/2024	25 Data do Aviso Prévio 29/11/2024	26 Data de Afastamento 29/11/2024	27 Cod. Afastamento RA1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**VERBAS RESCISÓRIAS**

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 27/dias Salário (líquido de 2/faltas e DSR)	R\$ 1.575,00	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 99,17 horas 40,00%	R\$ 385,66
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\$ 122,71	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\$ 580,99	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R\$ 580,99	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 193,66
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\$ 3.693,17

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 290,49
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	104 Indenização Art. 480 CLT	R\$ 154,93	112.1 Previdência Social	R\$ 189,19
112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 43,57	114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00
CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 678,18
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.014,99

Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 04/12/2024 às 17:12:31

Banco Receptor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032685-8

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34192.99180 00000.346010 90001.519260 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: 02/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 02/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 34.6

Valor Calculado (R\$): 34.6

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 34.6

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 02/12/2024 -

Código da operação: 39132829877

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

Ouvidoria

0800 726 0101

0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

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
1 - SAÍDA 1

Nº 107.668
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1105 6268 9600 0132 5500 1000 1076 6816 4708 2536

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
135242494378508 04/11/2024 08:20:54

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

INSCRIÇÃO ESTADUAL
714090927111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
05.626.896/0001-32

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB (1) 00007381

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
04/11/2024

ENDEREÇO
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA DA SAÍDA
04/11/2024

MUNICÍPIO
GARÇA

UF
SP

TELEFONE / FAX
(19)3848-3554

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
08:20:50

LOCAL ENTREGA

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

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

DUPLICATAS

Número 001

Vencimento 02/12/2024

Valor R\$ 34,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	34,60	VALOR DO ICMS	6,23	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	34,60
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	34,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
2

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 CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
11019	FITA ADESIVA TRANSP 45MMX50MT JUSSARA (AT5) FIA4550	39191010	000	5102	RL	3,00	4,90	14,70	14,70	2,65	0,00	18,00	0,00
01760	FITA DUPLA FACE 12MMX2MT 3M FIXA FORTE HB004415873	35061090	000	5102	UN	1,00	19,90	19,90	19,90	3,58	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: 000000012578-PD
PEDIDO 50480
Vlr. Aprox. dos Tributos: R\$ 2,00 Federal / R\$ 6,23 Estadual - Fonte: IBPT
MERCADORIA DESTINADA AO USO E CONSUMO
BC.FCP R\$ 34,60 Aliq.FCP 2,00% Vlr.FCP R\$ 0,69

RESERVADO AO FISCO

Glória

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 02/12/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152					Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 04/11/2024	Nº do Documento 000000107668A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 04/11/2024	Carteira/Nosso Número 109/00015192-6
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda R\$ 34,60
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 0,11 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 0,69					(-) 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.: 000000107668A-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:					109/00015192-6
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, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.					Vencimento 02/12/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152					Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 04/11/2024	Nº do Documento 000000107668A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 04/11/2024	Carteira/Nosso Número 109/00015192-6
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda R\$ 34,60
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 0,11 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 0,69					(-) 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.: 000000107668A-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:					109/00015192-6
Autenticação					

Itaú Banco Itaú S.A.		341-7		34191.09008 01519.260135 65530.470007 2 99180000003460	
Local de Pagamento ATÉ O VENCIMENTO EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO. APÓS O VENCIMENTO, ACESSSE ITAU.COM.BR/BOLETOS E PAGUE EM QUALQUER BANCO OU CORRESPONDENTE NÃO BANCÁRIO.					Vencimento 02/12/2024
Beneficiário COMERCIAL RUZALEM LTDA 05.626.896/0001-32 AVENIDA INDEPENDÊNCIA, 4830 SANTA ROSA - VINHEDO - SP - 13289152					Agência/Cód. Beneficiário 0136/55304-7
Data do Documento 04/11/2024	Nº do Documento 000000107668A	Espécie Doc. DM	Aceite Não	Data do Processamento 04/11/2024	Carteira/Nosso Número 109/00015192-6
Uso do Banco		Carteira 109	Esp. Moeda R\$	Quantidade	Valor da Moeda R\$ 34,60
INSTRUÇÕES (Instruções de responsabilidade do beneficiário. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário)					(-) Desconto/Abatimento
Após o vencimento cobrar R\$ 0,11 por dia de atraso. Após o vencimento cobrar multa de R\$ 0,69					(-) 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.: 000000107668A-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:					109/00015192-6
Autenticação mecânica / Ficha de Compensação					



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 04/12/2024 às 17:12:31

Banco Receptor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032685-8

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34194.99190 00002.557010 90002.355840 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: 03/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 02/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 255.7

Valor Calculado (R\$): 255.7

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 255.7

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 02/12/2024 -

Código da operação: 39132852486

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

Ouvidoria

0800 726 0101

0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

0800 104 0104



A sua grande papelaria

LEPOK DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

Avenida Doutor Cavalcanti, 676 Centro - Jundiaí/ SP CEP: 13201-003

(11) 4588-2032

DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada 1 - Saída

Nº 000.034.953 SÉRIE 1

Página 1 de 1

Controle do fisco



Chave de acesso 3524 1119 5767 1700 0457 5500 1000 0349 5310 2307 7339

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

Natureza da operação: VENDA MERC ADQ OU REC DE TERCEIROS. Protocolo de autorização de uso: 135242507119333 05/11/2024 08:24. Inscrição estadual: 407961125116. Inscrição estadual do substituto tributário: 19.576.717/0004-57.

DESTINATÁRIO/REMETENTE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL-306564. Endereço: R DR ORLANDO T SANTOS 50, WILLIANS, GARÇA, SP. Data da emissão: 05/11/2024.

ENTREGA/COLETA: Endereço: Bairro/Distrito: CEP: 17402-064, Município: UF.

FATURA: 001 03/12/2024 R\$ 255,70

CÁLCULO DO IMPOSTO table with columns: Base de cálculo do ICMS, Valor do ICMS, Base de cálculo do ICMS subst., Valor do ICMS subst., Valor total dos produtos, Valor do frete, Valor do seguro, Desconto, Outras despesas, Valor do IPI, Valor total da nota.

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS: Razão social: RETIRA, Endereço: SAO PAULO, Quantidade: 1 cx, Espécie: cx, Marca, Numeração, Peso bruto: 1,496, Peso líquido: 1,496.

DADOS DO PRODUTO table with columns: Código, Descrição do produto, NCM/SH, CST, CFOP, UN, Quantidade, Valor unitário, Valor total, BC ICMS, Valor ICMS, Valor IPI, Aliq. ICMS, Aliq. IPI.

DADOS ADICIONAIS: Informações complementares: COND. PAGAMENTO: 011 28 DDL, EMPRESA: 008 PEDIDO DE VENDA: 1460033-P FORMA PAGAMENTO: DM-DUPLICATA MERCANTIL, VENDEDOR: 1114 ERIKA BARRETO LEANDRO.

Handwritten signature and date: 05/11

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	03/12/2024
Beneficiário			CNPJ: 19.576.717/0004-57		
Lepok Distribuição e Logística LTDA			Agência/Código beneficiário		
Endereço beneficiário / pagador avalista			0074/34637-0		
AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676 CENTRO JUNDIAI SP 13201-003					
Data do documento	Número do documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
04/11/2024	008/034953-N/01	DM	N	05/11/2024	109/00023558-4
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do documento
	109	R\$			255,70
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):				(Relação de Notas Fiscais)	(-)Desconto / Abatimento
COBRAR JUROS DE R\$ 0,51 POR DIA DE ATRASO				Lj:08 NF:34953N R\$ 255,70	(-)Outras deduções
PROTESTAR APÓS 7 DIAS UTÉIS DO VENCIMENTO					(+)Mora/Multa
COBRANÇA ESCRITURAL					(+)Outros acréscimos
CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR					(=)Valor cobrado
SOMENTE EM BANCO					
Pagador				CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				Autenticação mecânica	
R DR ORLANDO T SANTOS 50					
17402-064, WILLIANS - GARCA, SP					
Sacador/Avalista 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	03/12/2024
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú				Agência/Código beneficiário	0074/34637-0
Beneficiário			CNPJ: 19.576.717/0004-57		
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	Nosso número
04/11/2024	008/034953-N/01	DM	N	05/11/2024	109/00023558-4
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do documento
	109	R\$			255,70
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):				(-)Desconto / Abatimento	
COBRAR JUROS DE R\$ 0,51 POR DIA DE ATRASO				(-)Outras deduções	
PROTESTAR APÓS 7 DIAS UTÉIS DO VENCIMENTO				(+)Mora/Multa	
COBRANÇA ESCRITURAL				(+)Outros acréscimos	
CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR				(=)Valor cobrado	
SOMENTE EM BANCO					
Pagador				CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				Autenticação mecânica	
R DR ORLANDO T SANTOS 50					
17402-064, WILLIANS - GARCA, SP					
Sacador/Avalista LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676					

ITAÚ

341-7

34191.09008 02355.840071 43463.700005 4 99190000025570

Local do pagamento				Vencimento	03/12/2024
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú				Agência/Código beneficiário	0074/34637-0
Beneficiário			CNPJ: 19.576.717/0004-57		
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	Nosso número
04/11/2024	008/034953-N/01	DM	N	05/11/2024	109/00023558-4
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor do documento
	109	R\$			255,70
Instruções (Todas as informações deste bloquete são de exclusiva responsabilidade do beneficiário):				(-)Desconto / Abatimento	
COBRAR JUROS DE R\$ 0,51 POR DIA DE ATRASO				(-)Outras deduções	
PROTESTAR APÓS 7 DIAS UTÉIS DO VENCIMENTO				(+)Mora/Multa	
COBRANÇA ESCRITURAL				(+)Outros acréscimos	
CREDITO DADO EM GARANTIA AO BANCO ITAU SA, PAGAR				(=)Valor cobrado	
SOMENTE EM BANCO					
Pagador				CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				Autenticação mecânica - Ficha de Compensação	
R DR ORLANDO T SANTOS 50					
17402-064, WILLIANS - GARCA, SP					
Sacador/Avalista LEPOK DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA / 19.576.717/0004-57 / AVENIDA DOUTOR CAVALCANTI, 676					



Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 04/12/2024 às 17:12:31

Banco Receptor: BANCO DO BRASIL S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032685-8

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 00192.99210 00040.970000 00001.768387 0 00001280717

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: 05/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 02/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 4097

Valor Calculado (R\$): 4097

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 4097

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 02/12/2024 -

Código da operação: 39134019772

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 MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Emissão: 05/11/2024 Dest/Rem: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 4.097,00		NF-e Nº 000.017.651 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI  R JACY STEVAUX VILLACA, 266 - JARDIM CONTORNO - BAURU - SP - CEP: 17047-250 Fone: (14)3208-7108	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.017.651 Série 001 Folha 1/1	
		CHAVE DE ACESSO 3524 1110 2032 7400 0131 5500 1000 0176 5117 8234 7900 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	PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135242513436709 05/11/2024 17:11:36	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209414263117	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF 10.203.274/0001-31

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	05/11/2024	
ENDEREÇO Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50	BAIRRO / DISTRITO Williams	CEP 17402-064	DATA DA SAÍDA 05/11/2024	
MUNICÍPIO GARÇA	UF SP	TELEFONE / FAX (14)3407-5066	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 17:10:59

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
NOME / RAZÃO SOCIAL		45.349.461/0001-02	
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: 17651 - Valor Original: R\$ 4.097,00 - Valor Desconto: R\$ 0,00 - Valor Líquido: R\$ 4.097,00
---------------	-----------------	---

PARCELAS	Número : 001 Vencimento : 05/12/2024 Valor : R\$ 4.097,00
-----------------	---

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	4.097,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.097,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS						
NOME / RAZÃO SOCIAL LOGFAR LOGISTICA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF SP	CNPJ / CPF 05.530.576/0001-84
ENDEREÇO Rua Padre Francisco Van Der Maas, 1306		MUNICÍPIO BAURU	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 209337700111		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 25,000	PESO LÍQUIDO 25,000	

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	ALIQ. % ICMS IPI
54	FITA TESTE PARA ACIDO PERACETICO	56031290	000	5102	UN	30,0000	3,9000	0,00	117,00	0,00	0,00	0,00	18,00 0,00
314	IND. BIOLOGICO 3 HORAS BITEST CX 50 UNIDADES	38210000	000	5102	CX	1,0000	1.650,0000	0,00	1.650,00	0,00	0,00	0,00	18,00 0,00
571	INTEGRADOR QUIM. TIPO 5 MEDCONTROL CI-TEST VAPOR - 200 UND	38229000	000	5102	PCT	3,0000	198,0000	0,00	594,00	0,00	0,00	0,00	18,00 0,00
573	TESTE BOWIE DICK MEDCONTROL PRONTO USO 4KG	38229000	000	5102	UN	35,0000	22,0000	0,00	770,00	0,00	0,00	0,00	18,00 0,00
880	PROSANI PROX50 - FR 5 LITROS	28289011	000	5102	UN	1,0000	966,0000	0,00	966,00	0,00	0,00	0,00	18,00 0,00

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Boleto O.S./ Pedidos: 17014 Contrato de gestao 001-2024 Prefeitura municipal de Louveira	

		001-9	Comprovante de Entrega		
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI		Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7		Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)	
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Nosso Número 17683870000012807		(<input type="checkbox"/>) Mudou-se (<input type="checkbox"/>) Ausente (<input type="checkbox"/>) Não existe No	
Vencimento 05/12/2024	Número do Documento 17651/1	Espécie R\$	Valor do Documento 4.097,00		
Recebemos o Título com as características acima		Data	Assinatura	Data	Assinatura
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Data do processamento 06/11/2024

		001-9	Recibo do Pagador		
Beneficiário MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES		CNPJ/CPF 10.203.274/0001-31	Pagador		Vencimento 05/12/2024
Endereço Beneficiário R JACY STEVAUX VILLACA 266, - JARDIM CONTORNO - Bauru/SP 17047-250					
Nosso Número 17683870000012807	Carteira 17/027	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor	Agência / Código do Beneficiário 0037-X/253143-7
Data do Documento 06/11/2024	Número do Documento 17651/1	Espécie Documento DM	Aceite N	Data do Processamento 06/11/2024	(=) Valor do Documento 4.097,00
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO. SR CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE 0,33% MULTA DE 2%/PROTESTAR APOS 10 DIAS DE ATRASO					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora / Multa / Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CPF / CNPJ: 45349461000102		
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50 - - Williams - 17402064 - GARÇA / SP					
Beneficiário Final:		CPF / CNPJ:		Código de Baixa	
Autenticação Mecânica					

		001-9	00190.00009 01768.387001 00012.807178 2 99210000409700		
Local de pagamento Pagável em qualquer banco até o vencimento					Vencimento 05/12/2024
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 17683870000012807
Data do Documento 06/11/2024	Número do Documento 17651/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 06/11/2024	(=) Valor do Documento 4.097,00
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: 04/12/2024 às 17:12:31

Banco Receptor: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032685-8

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 74897.99220 00007.000011 24210.837301 0 12402646107

Instituição Emissora - Nome do Banco: BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A

Código do Banco: 748 **Código do ISPB:** 1181521

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK **CPF/CNPJ:** 04.587.421/0001-11

Nome/Razão Social: MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASS.HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL 5666 **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0001-02

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 06/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 02/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Boleto: 700

Valor Calculado (R\$): 700

Juros (R\$): 0

Valor Pago (R\$): 700

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 02/12/2024 -

Código da operação: 39134013423

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
MR Plásticos
 Encaixando com sua necessidade!
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

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR
 DA NOTA FISCAL
 ELETRONICA
 0 - ENTRADA
 1 - SAIDA
 Nº **000.015.897**
 SERIE 1 FL 1/1


 CHAVE DE ACESSO DA NF-E
4324 1104 5874 2100 0111 5500 1000 0158 9712 1849 0180
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
<https://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/> ou site da SeFaz autorizador
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
243240188054449 08/11/2024 16:41:06

NATUREZA DE OPERAÇÃO
6.108 - VENDA MERC.DESTIN.NAO CONTRIB.
 INSCRIÇÃO ESTADUAL **086/0501663** INSCR. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ **04.587.421/0001-11**

DESTINATARIO / REMETENTE
 NOME / RAZÃO SOCIAL **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL** CNPJ / CPF **45.349.461/0001-02** DATA DA EMISSÃO **08/11/2024**
 ENDEREÇO **R DR ORLANDO T SANTOS,50** BAIRRO / DISTRITO **WILLIAMS** CEP **17.402-064** DATA DA SAÍDA
 MUNICÍPIO **GARÇA** FONE / FAX **(16) 3374.8438** UF **SP** INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA

FATURA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA	VENCIMENTO	VALOR
0015897	06/12/2024	700,00						

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC.ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
*****	*****	0,00	0,00	559,86
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
140,14	0,00	0,00	0,00	*****
				VALOR TOTAL DA NOTA
				700,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS
 RAZÃO SOCIAL **STILLO TRANSPORTES LTDA** FRETE POR CONTA **0-REMETENTE** CÓDIGO ANTT PLACA DO VEICULO UF CNPJ / CPF **07.159.982/0003-70**
 ENDEREÇO **R FERNANDO FERRARI,150/PAVLH 6** MUNICÍPIO **CANOAS** UF **RS** INSCRIÇÃO ESTADUAL **0240480015**
 QUANTIDADE **1** ESPÉCIE **EMBALAGEM GERAL** MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO **21,000** PESO LIQUIDO **21,000**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SII	CSO SN	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
1155	PISO MR 5030 PRETO	39189000	0102	6108	UN	21	26,66	559,86				

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES ADICIONAIS
 Pedido(s): 19382
 Cód.cliente: 5.666
 Você pagou aproximadamente:
 R\$ 82,80 de tributos federais
 R\$ 95,18 de tributos estaduais
 R\$ 381,88 pelos produtos
 Fonte: IBPT/empresometro.com.br 96A549
 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI

RESERVADO AO FISCO




IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP
 RUA GERMANO GERHARDT,451
 SÃO 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 **2**
 SERIE NF-E **1**
 Nº **000.015.897**



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
4324 1104 5874 2100 0111 5500 1000 0158 9712 1849 0180
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA NF-E
243240188054449 08/11/2024 16:41:06
 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DA CC-E
243240189614313 11/11/2024 09:53:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL **086/0501663** INS. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ **04.587.421/0001-11**

DESTINATÁRIO / EMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO 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

*Endereço de Entrega:
FILIAL LOUVEIRA / SP
 Endereço: R. Luís M Cruz, 63 - Jardim Lago Azul*
 CONTATO : RICARDO 11 97368 1416

CONSIDERAR A QUANTIDADE DE 02 VOLUMES
 CONTRATO 001/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA

**STILLO TRANSPORTES LTDA**

CNPJ: 07.159.982/0003-70 IE: 240480015
Endereço: R Fernando Ferrari 150
Complemento: Pavilhão 06 - Sala A
Bairro: Niteroi
UF: RS Município: Canoas

RNTRC: 9447334

CEP: 92130-000

Carta de Correção Eletrônica - CC-e

Chave de acesso do CT-e

Série: 1 N°: 10288



43241107159982000370570010000102881003102886

Protocolo de registro de evento da CC-e

143240189440954 14/11/2024 as 13:41:58

DOCUMENTO INFORMATIVO - NÃO TEM VALOR FISCAL

FL 1/1

Alteração

- Observações Gerais do(a) dados complementares do ct-e alterado(a) para: CONSIDERAR QUANTDADE DE 02 VOLUMES

Condições de Uso da Carta de Correção

A Carta de Correção é disciplinada pelo Art. 58-B do CONVÊNIO/SINIEF 06/89: Fica permitida a utilização de carta de correção, para regularização de erro ocorrido na emissão de documentos fiscais relativos a prestação de serviço de transporte, 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 prestação;
- II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do emitente, tomador, remetente ou do destinatário;
- III - a data de emissão ou de saída

		748-X	74891.12420 10837.301018 24026.461079 7 99220000070000				
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI						Vencimento	06/12/2024
Beneficiário MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT, 451 - SAO JORGE CEP: 93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS						Agência/Cód. Beneficiário	0101.24.02646
						Nosso Número	24/210837-3
Data do documento	Número do documento	Espécie DOC	Aceite	Data de processamento	(-) Valor do Documento		
08/11/2024	15897	DM	N	08/11/2024	700,00		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(-) Desconto/Abatimento		
		R\$					
Instruções: APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 1,17 AO DIA APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 14,00 PROTESTO AUTOMÁTICO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO NF.Nro. NE/015897						(-) Outras Deduções	
						(+/-) Mora/Multa/Juros	
						(+/-) Outros Acréscimos	
						(-) Valor Cobrado	

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

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

		748-X	74891.12420 10837.301018 24026.461079 7 99220000070000				
Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO SICREDI						Vencimento	06/12/2024
Beneficiário MARCIO RAFAEL SCHMITT WOLEK-EPP RUA GERMANO GERHARDT, 451 - SAO JORGE CEP: 93.530-044 NOVO HAMBURGO - RS						Agência/Cód. Beneficiário	0101.24.02646
						Nosso Número	24/210837-3
Data do documento	Número do documento	Espécie DOC	Aceite	Data de processamento	(-) Valor do Documento		
08/11/2024	15897	DM	N	08/11/2024	700,00		
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(-) Desconto/Abatimento		
		R\$					
Instruções: APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 1,17 AO DIA APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 14,00 PROTESTO AUTOMÁTICO APÓS 3 DIAS DO VENCIMENTO NF.Nro. NE/015897						(-) Outras Deduções	
						(+/-) Mora/Multa/Juros	
						(+/-) Outros Acréscimos	
						(-) Valor Cobrado	
Pagador							
ASS.HOSP BENEFICENTE DO BRASIL			Cód: 5666	CNPJ: 45.349.461/0001-02			
R DR ORLANDO T SANTOS,50 - WILLIAMS CEP: 17.402-064 GARÇA - SP							
Beneficiário final							

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



Autenticação Mecânica - FICHA DE COMPENSAÇÃO



Consulta de TED Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	STR0008
Agência/Conta destino:	1229/000013003657-9
Tipo de conta destino:	CC
Nome do destinatário 1:	LEMES E TRONCOSO GESTAO
CPF/CNPJ do destinatário 1:	31275474000170
Valor (R\$):	100.000,00
Valor da tarifa (R\$):	12,00
Finalidade:	Credito em Conta
Data-Hora da operação:	18/12/2024
Nr. Doc:	601446
Número de Controle CAIXA:	566601446

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: < http://www.barueri.sp.gov.br/nfe >	Data Emissão 03/12/2024	Hora Emissão 09:17	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA	
	Código Autenticidade 766X.5687.1189.8125299-L		Número da Nota 000527	Série da Nota
			Número RPS	Série RPS

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

Nome Tomador de Serviços ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			
Endereço RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		Complemento			
CEP 17402-064	Bairro WILLIAMS	Cidade GARCA	UF SP		
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					
Qtde 1	Descrição do Serviço MEDICINA	Código Serviço 040117212	Aliquota 2,00	Valor Unitário 662.000,00	Valor Total 662.000,00

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 120 plantões R\$ 198.000,00/CM-EM 60 plantões R\$ 102.000,00/PED 120 plantões R\$ 216.000,00/PED-EM 60 plantões R\$ 111.000,00/(RT) R\$ 17.000,00/Coordenações: CM R\$ 9.000,00/PED R\$ 9.000,00 Valor total dos serviços referente ao período de 01/11 a 30/11: R\$ 662.000,00. Local: LOUVEIRA/SP CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 - VALOR LÍQUIDO: 621.287,00. Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.
--

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

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
9.930,00	4.303,00	19.860,00	6.620,00

VALOR TOTAL DA NOTA	662.000,00
----------------------------	-------------------

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

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe	Código Autenticidade 766X.5687.1189.8125299-L
--	---

RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	Número da Nota 000527	Série da Nota
Local	Data	Assinatura



07/11/2024

0081484933

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



CERTIDÃO Nº: 6450333

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 06/11/2024, verificou **NADA CONSTAR** como réu/requerido/interessado em nome de: *****

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

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

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

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

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

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

Esta certidão só tem validade mediante assinatura digital.

Esta certidão é sem custas.

São Paulo, 7 de novembro de 2024.

PEDIDO Nº:

0081484933



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

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

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

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

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

Validade: 16/11/2024 a 15/12/2024

Certificação Número: 2024111602385048518306

Informação obtida em 27/11/2024 07:18:22

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



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

**CERTIDÃO 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 17:23:07 do dia 24/10/2024 <hora e data de Brasília>.

Válida até 22/04/2025.

Código de controle da certidão: **DAAC.8855.EDEB.1A88**

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: 77322328/2024

Expedição: 07/11/2024, às 13:45:14

Validade: 06/05/2025 - 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 82631/2024i

Razão Social.....: LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE
CNPJ/CPF N°.....: 31.275.474/0001-70
Inscrição Atual.....: 4.94147-8
Logradouro.....: AVENIDA SAGITARIO
N° Atual.....: 138
Complemento.....: CONJUNTO COMERCIAL 1313B -TORR Andar Sala
Bairro.....: SITIO TAMBORE / ALPHAVILLE
Cidade.....: BARUERI
CEP.....: 06473073

TRIBUTOS E PERÍODOS

Imposto sobre serviços de qualquer natureza e taxas mobiliárias

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

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

CERTIDÃO VÁLIDA POR TRINTA DIAS.

<p>A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no</p> <p>Endereço:</p> <p>http://www.barueri.sp.gov.br</p> <p>Certidão expedida gratuitamente.</p> <p>Aprovado pelo Decreto nº 5635, de 25/01/2005</p>	<p>Informações para Verificação de Autenticidade</p> <p>Nº de Inscrição : 4.94147-8</p> <p>Código de autenticidade : 999V.3189.6815.7131007-O</p> <p>Data de emissão : 03/12/2024</p> <p>Hora de emissão : 13:39:10</p>
---	--



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 24110318896-66
Data e hora da emissão 07/11/2024 10:16:58
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

Diretor Responsável Técnico: Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752

Coordenador da Escala de Clínica Médica: Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752

Objeto: Escalas semanais de Clínica Médica – Louveira (Referência: Novembro/2024)



Escala semanal – Clínica Médica – Mês de Novembro/2024

Horário	sexta-feira, 1 de novembro de 2024	sábado, 2 de novembro de 2024	domingo, 3 de novembro de 2024
7h às 19h	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Jonas Duque Alvim CRM: 206734	Carlos Amaral CRM:158305
7h às 19h	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332	Maria Laura Gothardo CRM: 258387
Emergencista 7h às 19h	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Dirceu Rosa Camargo CRM: 94367 (cobertura)	Dirceu Rosa Camargo CRM: 94367 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332	Tiago Rodrigo Gehring CRM: 228463
Plantão 19h às 7h	Maria Laura Gothardo CRM: 258387	Franciane Santana Camargo CRM: 257548 (cobertura)	Maria Laura Gothardo CRM: 258387
Emergencista 19h às 7h	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Carlos Amaral CRM:158305	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572



Escala semanal – Clínica Médica – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 4 de novembro de 2024	terça-feira, 5 de novembro de 2024	quarta-feira, 6 de novembro de 2024	quinta-feira, 7 de novembro de 2024	sexta-feira, 8 de novembro de 2024	sábado, 9 de novembro de 2024	domingo, 10 de novembro de 2024
7h às 19h	Gustavo Dutra Marques CRM: 259484 (cobertura)	Hélio Francisco CRM:151187	Larissa da Silva Lima CRM: 260104	Joice da Silva Carvalho CRM: 243656	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Jonas Duque Alvim CRM: 206734	Alisson Jonathan CRM: 241396 (cobertura)
7h às 19h	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Daniela Teodoro Almeida CRM: 226466	Daniela Teodoro Almeida CRM: 226466	Kleverton Felix Goulart CRM: 243798	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332	Maria Laura Gothardo CRM: 258387
Emergencista 7h às 19h	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Dirceu Rosa Camargo CRM: 94367 (cobertura)	Carlos Amaral CRM:158305 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	João Fernando Alves CRM: 258332	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Beatriz Thedin CRM: 231888	Gustavo Dutra Marques CRM: 259484	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332	Tiago Rodrigo Gehring CRM: 228463
Plantão 19h às 7h	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Maria Laura Gothardo CRM: 258387	Jonas Duque Alvim CRM: 206734	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Alisson Jonathan CRM: 241396 (cobertura)	Evellyn Samila CRM:260898	Aline Gonçalves CRM: 237758 (cobertura)
Emergencista 19h às 7h	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Carlos Amaral CRM:158305	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 11 de novembro de 2024	terça-feira, 12 de novembro de 2024	quarta-feira, 13 de novembro de 2024	quinta-feira, 14 de novembro de 2024	sexta-feira, 15 de novembro de 2024	sábado, 16 de novembro de 2024	domingo, 17 de novembro de 2024
7h às 19h	João Fernando Alves CRM: 258332	Hélio Francisco CRM:151187	Larissa da Silva Lima CRM: 260104	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Aline Gonçalves CRM: 237758 (cobertura)	Carlos Amaral CRM:158305
7h às 19h	Vanessa Meyer Burgat CRM: 251575 (cobertura)	Maria Eduarda Bernardinetti CRM: 260214 (cobertura)	Larissa Afonso Leal CRM: 258352 (cobertura)	Nathália Fiorini CRM: 236785 (cobertura)	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)	Maria Laura Gothardo CRM: 258387
Emergencista 7h às 19h	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950	Dirceu Rosa Camargo CRM: 94367 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	João Fernando Alves CRM: 258332	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Mariana Gimenez Quintaneiro CRM: 258964	Gustavo Dutra Marques CRM: 259484	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Tiago Rodrigo Gehring CRM: 228463
Plantão 19h às 7h	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Maria Laura Gothardo CRM: 258387	Jonas Duque Alvim CRM: 206734	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Maria Laura Gothardo CRM: 258387	Alisson Jonathan dos Santos CRM: 241396	Maria Laura Gothardo CRM: 258387
Emergencista 19h às 7h	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Carlos Amaral CRM:158305	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 18 de novembro de 2024	terça-feira, 19 de novembro de 2024	quarta-feira, 20 de novembro de 2024	quinta-feira, 21 de novembro de 2024	sexta-feira, 22 de novembro de 2024	sábado, 23 de novembro de 2024	domingo, 24 de novembro de 2024
7h às 19h	João Fernando Alves CRM: 258332	Hélio Francisco CRM:151187	Larissa da Silva Lima CRM: 260104	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Aline Gonçalves CRM: 237758 (cobertura)	Carlos Amaral CRM:158305
7h às 19h	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Daniela Teodoro Almeida CRM: 226466	Daniela Teodoro Almeida CRM: 226466	Alisson Jonathan dos Santos CRM: 241396	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332	Maria Laura Gothardo CRM: 258387
Emergencista 7h às 19h	Lorenzo Libório CRM: 236106 (cobertura)	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Lorenzo Libório Di Sarno CRM: 236106 (cobertura)	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Edmilson Altomani CRM: 80138 (cobertura)	Francisco Bento CRM: 225089
Plantão 19h às 7h	João Fernando Alves CRM: 258332	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Beatriz Thedin CRM: 231888	Gustavo Dutra Marques CRM: 259484	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332	Beatriz Thedin CRM: 231888 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Maria Laura Gothardo CRM: 258387	Jonas Duque Alvim CRM: 206734	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Nathália Fiorini CRM: 236785 (cobertura)	Evellyn Samila CRM:260898	Aline Gonçalves CRM: 237758 (cobertura)
Emergencista 19h às 7h	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Carlos Amaral CRM:158305	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572

Escala semanal – Clínica Médica – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 25 de novembro de 2024	terça-feira, 26 de novembro de 2024	quarta-feira, 27 de novembro de 2024	quinta-feira, 28 de novembro de 2024	sexta-feira, 29 de novembro de 2024	sábado, 30 de novembro de 2024
7h às 19h	Vanessa Meyer Burgat CRM: 251575 (cobertura)	Fernando de Bortoli CRM: 262028 (cobertura)	Larissa da Silva Lima CRM: 260104	Aline Gonçalves CRM: 237758 (cobertura)	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Alisson Jonathan CRM: 241396 (cobertura)
7h às 19h	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Gustavo Dutra Marques CRM: 259484 (cobertura)	Francisco Vanderlan de Araújo CRM: 244362 (cobertura)	Larissa da Silva Lima CRM: 260104 (cobertura)	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	João Fernando Alves CRM: 258332
Emergencista 7h às 19h	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	João Fernando Alves CRM: 258332	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453	Mariana Gimenez Quintaneiro CRM: 258964	Gustavo Dutra Marques CRM: 259484	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Larissa Afonso Leal CRM: 258352 (cobertura)
Plantão 19h às 7h	Larissa Afonso Leal CRM: 258352	Maria Laura Gothardo CRM: 258387	Jonas Duque Alvim CRM: 206734	Franciane Santana Camargo CRM: 257548	Aline Gonçalves CRM: 237758 (cobertura)	Evellyn Samila CRM: 260898
Emergencista 19h às 7h	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Wesley Ferreira da Silva CRM: 168572	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Jhone Michel Curti CRM: 221752	Carlos Amaral CRM: 158305

Escalas Semanais_Clinica Louveira_Novembro_2024.pdf

Documento número #95491f82-5898-4136-b1e2-71aae44fca8a

Hash do documento original (SHA256): dbd94bfc763013bac993cebb9e67aa74e278becab969b6fbd7ab471c403ed45d

Assinaturas

✓ **Jhone Michel Curti**

CPF: 230.145.388-09

Assinou em 04 dez 2024 às 12:41:32



Jhone Michel Curti

Log

- 04 dez 2024, 10:23:30 Operador com email adm@let.med.br na Conta c739b99c-247d-4954-9396-86fcc7382bba criou este documento número 95491f82-5898-4136-b1e2-71aae44fca8a. Data limite para assinatura do documento: 03 de janeiro de 2025 (10:23). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 04 dez 2024, 11:06:24 Operador com email adm@let.med.br na Conta c739b99c-247d-4954-9396-86fcc7382bba adicionou à Lista de Assinatura: jhone.curti@gmail.com para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP; Assinatura manuscrita. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Jhone Michel Curti e CPF 230.145.388-09.
- 04 dez 2024, 12:41:32 Jhone Michel Curti assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail jhone.curti@gmail.com. CPF informado: 230.145.388-09. Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 79f3ab(...), vide anexo blob. IP: 45.185.49.154. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -22.6987303 e longitude -46.9931819. URL para abrir a localização no mapa: <https://app.clicksign.com/location>. Componente de assinatura versão 1.1063.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 04 dez 2024, 12:41:33 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 95491f82-5898-4136-b1e2-71aae44fca8a.



Documento assinado com validade jurídica.

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 95491f82-5898-4136-b1e2-71aae44fca8a, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.

Anexos

Jhone Michel Curti

Assinou o documento em 04 dez 2024 às 12:41:32

ASSINATURA MANUSCRITA

Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 79f3ab(...)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhone Michel Curti', is shown over a semi-transparent watermark. The watermark contains the Clicksign logo and the text 'ASSINATURA MANUSCRITA' and '04 de dezembro de 2024 12:41:26'.

Jhone Michel Curti
blob

LEMES & TRANCOSO GESTÃO E SAÚDE LTDA
Escala semanal – Pediatria – Mês de Novembro/2024

Diretor Responsável Técnico: Dr. Jhone Michel Curti – CRM: 221752

Coordenadora da Escala de Pediatria: Dra. Fabiana Munhoz – CRM: 208575 (SP)

Objeto: Escalas semanais de Pediatria – Louveira (Referência: Novembro/2024)



Horário	sexta-feira, 1 de novembro de 2024	sábado, 2 de novembro de 2024	domingo, 3 de novembro de 2024
7h às 19h	Ana Carolina Franceschilli Bossi CRM: 246262	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Natalia Monique de Almeida CRM: 247635
7h às 19h	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	José Eduardo Passareli CRM: 32269 (cobertura)	Jaqueline Moreira Teles CRM: 24251 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923
Plantão 19h às 7h	Beatriz Thedin CRM: 231888	Beatriz Thedin CRM: 231888 (cobertura)	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822
Plantão 19h às 7h	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)	Anna Paula Paulino CRM: 259373	Natalia Monique de Almeida CRM: 247635
Emergencista 19h às 7h	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950




Horário	segunda-feira, 4 de novembro de 2024	terça-feira, 5 de novembro de 2024	quarta-feira, 6 de novembro de 2024	quinta-feira, 7 de novembro de 2024	sexta-feira, 8 de novembro de 2024	sábado, 9 de novembro de 2024	domingo, 10 de novembro de 2024
7h às 19h	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Jaqueline Moreira Teles CRM: 24251 (cobertura)	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030	Ana Carolina Franceschilli Bossi CRM: 246262	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)
7h às 19h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030 (cobertura)	Thalita Coelho Antunes Ribeiro CRM: 233005	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Anna Paula Paulino Ruas CRM: 259373
Emergencista 7h às 19h	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923 (cobertura)	Fabiana Munhoz Torres CRM: 208575	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923
Plantão 19h às 7h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Lara Barbosa da Silva Alvim CRM: 206739	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030 (cobertura)	Anna Paula Paulino Ruas CRM: 259373	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822
Plantão 19h às 7h	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Rayssa Alves de Araújo CRM: 244944	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030	Ana Carolina Bossi CRM: 246262 (cobertura)
Emergencista 19h às 7h	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950




Escala semanal – Pediatria – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 11 de novembro de 2024	terça-feira, 12 de novembro de 2024	quarta-feira, 13 de novembro de 2024	quinta-feira, 14 de novembro de 2024	sexta-feira, 15 de novembro de 2024	sábado, 16 de novembro de 2024	domingo, 17 de novembro de 2024
7h às 19h	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Samantha Mendes Vidal Dantas CRM: 235232	Beatriz Thedin CRM: 231888 (cobertura)	Beatriz Thedin CRM: 231888 (cobertura)	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Josimar Nascimento CRM: 245198 (cobertura)
7h às 19h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115 (cobertura)	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Bruno Leonardo Gomes Monteiro CRM: 240299	Thalita Coelho Antunes Ribeiro CRM: 233005	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Pamella Vitoria Costa CRM: 234233 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923 (cobertura)	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923 (cobertura)	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923 (cobertura)	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923
Plantão 19h às 7h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Lara Barbosa da Silva Alvim CRM: 206739	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Beatriz Thedin CRM: 231888	Beatriz Thedin CRM: 231888 (cobertura)	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822
Plantão 19h às 7h	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Ana Carolina Bossi CRM: 246262 (cobertura)	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950 (cobertura)	Natália Campos da Silva CRM: 193.432 (cobertura)	Anna Paula Paulino CRM: 259373	Evellyn Samila CRM: 260898 (cobertura)
Emergencista 19h às 7h	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950




Escala semanal – Pediatria – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 18 de novembro de 2024	terça-feira, 19 de novembro de 2024	quarta-feira, 20 de novembro de 2024	quinta-feira, 21 de novembro de 2024	sexta-feira, 22 de novembro de 2024	sábado, 23 de novembro de 2024	domingo, 24 de novembro de 2024
7h às 19h	Pamella Vitoria Costa CRM: 234233 (cobertura)	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Samantha Mendes Vidal Dantas CRM: 235232	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030	Ana Carolina Franceschilli Bossi CRM: 246262	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Natalia Monique de Almeida CRM: 247635
7h às 19h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Bruno Leonardo Gomes Monteiro CRM: 240299	Ana Carolina Bossi CRM: 246262 (cobertura)	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Jaqueline Moreira Teles CRM: 24251 (cobertura)
Emergencista 7h às 19h	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923)	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923 (cobertura)	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923 (cobertura)	Fabiana Munhoz Torres CRM: 208575 (cobertura)	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923
Plantão 19h às 7h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Lara Barbosa da Silva Alvim CRM: 206739	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Beatriz Thedin CRM: 231888	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115 (cobertura)	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822
Plantão 19h às 7h	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Rayssa Alves de Araújo CRM: 244944	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254 (cobertura)	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030	Natalia Monique de Almeida CRM: 247635
Emergencista 19h às 7h	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Fabiana Munhoz Torres CRM: 208575 (cobertura)	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Anabel Vizcaino Otero CRM: 228950

Escala semanal – Pediatria – Mês de Novembro/2024

Horário	segunda-feira, 25 de novembro de 2024	terça-feira, 26 de novembro de 2024	quarta-feira, 27 de novembro de 2024	quinta-feira, 28 de novembro de 2024	sexta-feira, 29 de novembro de 2024	sábado, 30 de novembro de 2024
7h às 19h	Josimar de Souza Nascimento CRM: 245198	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Samantha Mendes Vidal Dantas CRM: 235232	Ana Carolina Franceschilli Bossi CRM: 246262 (cobertura)	Valentina Liliana Molina Bento CRM: 252737 (cobertura)	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115
7h às 19h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Beatriz Thedin CRM: 231888 (cobertura)	Bruno Leonardo Gomes Monteiro CRM: 240299	Thalita Coelho Antunes Ribeiro CRM: 233005	Jaqueline Moreira Teles CRM: 24251 (cobertura)	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254
Emergencista 7h às 19h	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Fabiana Munhoz Torres CRM: 208575	Fabiana Munhoz Torres CRM: 208575	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646
Plantão 19h às 7h	Marcos Augusto Lopes Marinho CRM: 261115	Maria Regina Rigon CRM: 56670	Lara Barbosa da Silva Alvim CRM: 206739	Ana Carolina Franceschilli Bossi CRM: 246262 (cobertura)	Lucas Alves CRM: 234254 (cobertura)	Anna Paula Paulino CRM: 259373
Plantão 19h às 7h	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Lucas Alves Ribeiro CRM: 234254	Rayssa Alves de Araújo CRM: 244944	Igor Ludolfo Nascimento CRM: 228822	Thayla Kerly Carvalho CRM: 228453 (cobertura)	Isac Gabriel Lopes CRM: 261030
Emergencista 19h às 7h	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Matheus de Carvalho Orlandeli CRM: 228646	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923	Orlanilson Irineu da Silva CRM: 220923




Escalas Semanais_Pediatria_Louveira_Novembro_2024.pdf

Documento número #467890f1-2c1f-4417-bc6a-b1fac67cdf5f

Hash do documento original (SHA256): 6f2b51a59b3751d16541a5c51f6b2a3e21f5cda441f97c8df87d5082931ec051

Assinaturas

✓ **Jhone Michel Curti**

CPF: 230.145.388-09

Assinou em 04 dez 2024 às 12:40:28



Jhone Michel Curti

✓ **Fabiana Munhoz Torres**

CPF: 336.733.628-95

Assinou em 04 dez 2024 às 12:12:05



Fabiana Munhoz Torres

Log

- 04 dez 2024, 11:07:11 Operador com email adm@let.med.br na Conta c739b99c-247d-4954-9396-86fcc7382bba criou este documento número 467890f1-2c1f-4417-bc6a-b1fac67cdf5f. Data limite para assinatura do documento: 03 de janeiro de 2025 (11:07). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 04 dez 2024, 11:09:15 Operador com email adm@let.med.br na Conta c739b99c-247d-4954-9396-86fcc7382bba alterou o processo de assinatura. Data limite para assinatura do documento: 03 de janeiro de 2025 (10:23).
- 04 dez 2024, 11:09:15 Operador com email adm@let.med.br na Conta c739b99c-247d-4954-9396-86fcc7382bba adicionou à Lista de Assinatura: fafikiss@gmail.com para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP; Assinatura manuscrita. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Fabiana Munhoz Torres e CPF 336.733.628-95.
- 04 dez 2024, 11:09:15 Operador com email adm@let.med.br na Conta c739b99c-247d-4954-9396-86fcc7382bba adicionou à Lista de Assinatura: jhone.curti@gmail.com para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP; Assinatura manuscrita. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Jhone Michel Curti e CPF 230.145.388-09.
- 04 dez 2024, 12:12:05 Fabiana Munhoz Torres assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail fafikiss@gmail.com. CPF informado: 336.733.628-95. Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 25694e(...), vide anexo blob. IP: 189.38.110.181. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -23.0895102 e longitude -46.9777406. URL para abrir a localização no mapa: <https://app.clicksign.com/location>. Componente de assinatura versão 1.1063.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.

-
- 04 dez 2024, 12:40:28 Jhone Michel Curti assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail jhone.curti@gmail.com. CPF informado: 230.145.388-09. Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 79f3ab(...), vide anexo blob. IP: 45.185.49.154. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -22.6987353 e longitude -46.993183. URL para abrir a localização no mapa: <https://app.clicksign.com/location>. Componente de assinatura versão 1.1063.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 04 dez 2024, 12:40:28 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 467890f1-2c1f-4417-bc6a-b1fac67cdf5f.
-



Documento assinado com validade jurídica.

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 467890f1-2c1f-4417-bc6a-b1fac67cdf5f, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.

Anexos

Jhone Michel Curti

Assinou o documento em 04 dez 2024 às 12:40:28

ASSINATURA MANUSCRITA

Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 79f3ab(...)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhone Michel Curti', is shown over a semi-transparent watermark. The watermark contains the Clicksign logo and the text 'ASSINATURA MANUSCRITA' and '04 de dezembro de 2024 12:40:12'.

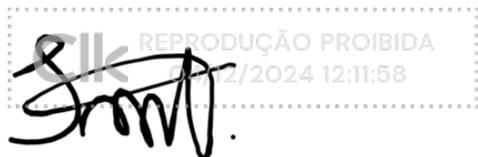
Jhone Michel Curti
blob

Fabiana Munhoz Torres

Assinou o documento em 04 dez 2024 às 12:12:05

ASSINATURA MANUSCRITA

Assinatura manuscrita com hash SHA256 prefixo 25694e(...)



REPRODUÇÃO PROIBIDA
04/12/2024 12:11:58

Fabiana Munhoz Torres
blob

MEDIÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO DE ESPECIALIDADES NO PERIODO DE 01/11/2024 A 30/11/2024

Barueri, 03 de dezembro de 2024

- Item 01 – Plantões dos dias 04/11/2024 e 05/11/2024

Dr. Jhone Michel Curti, portador do **CRM: 221752** especialidade de Clínica Médica, nas datas mencionadas acima, ultrapassou às 24h, cumprindo assim a carga horária de 36h ininterruptas.

- Item 02 – Plantões dos dias 11/11/2024 e 12/11/2024

Dr. Jhone Michel Curti, portador do **CRM: 221752** especialidade de Clínica Médica, nas datas mencionadas acima, ultrapassou às 24h, cumprindo assim a carga horária de 36h ininterruptas.

- Item 03 – Plantões dos dias 14/11/2024 e 15/11/2024

Dr. Jhone Michel Curti, portador do **CRM: 221752** especialidade de Clínica Médica, nas datas mencionadas acima, ultrapassou às 24h, cumprindo assim a carga horária de 36h ininterruptas.

- Item 04 – Plantões dos dias 18/11/2024 e 19/11/2024

Dr. Jhone Michel Curti, portador do **CRM: 221752** especialidade de Clínica Médica, nas datas mencionadas acima, ultrapassou às 24h, cumprindo assim a carga horária de 36h ininterruptas.

- Item 06 – Plantões dos dias 25/11/2024 e 26/11/2024

Dr. Jhone Michel Curti, portador do **CRM: 221752** especialidade de Clínica Médica, nas datas mencionadas acima, ultrapassou às 24h, cumprindo assim a carga horária de 36h ininterruptas.

- Item 07 – Plantões dos dias 28/11/2024 e 29/11/2024

Dr. Jhone Michel Curti, portador do **CRM: 221752** especialidade de Clínica Médica, nas datas mencionadas acima, ultrapassou às 24h, cumprindo assim a carga horária de 36h ininterruptas.



LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE LTDA

Leandro Lemes - Diretor

Leandro Lemes
Diretor
Lemes & Troncoso
CNPJ: 31.275.474/0001-70

TABELA QUANTITATIVA DOS PLANTÕES DE 01/11/2024 A 30/11/2024 DE CLÍNICA MÉDICA / CLÍNICA MÉDICA EMERGÊNCIA

Barueri, 03 de dezembro de 2024

	Diurno			Noturno		
	Porta 1	Porta 2	Emergência	Porta 1	Porta 2	Emergência
Dia 01/11	1	1	1	1	1	1
Dia 02/11	1	1	1	1	1	1
Dia 03/11	1	1	1	1	1	1
Dia 04/11	1	1	1	1	1	1
Dia 05/11	1	1	1	1	1	1
Dia 06/11	1	1	1	1	1	1
Dia 07/11	1	1	1	1	1	1
Dia 08/11	1	1	1	1	1	1
Dia 09/11	1	1	1	1	1	1
Dia 10/11	1	1	1	1	1	1
Dia 11/11	1	1	1	1	1	1
Dia 12/11	1	1	1	1	1	1
Dia 13/11	1	1	1	1	1	1
Dia 14/11	1	1	1	1	1	1
Dia 15/11	1	1	1	1	1	1
Dia 16/11	1	1	1	1	1	1
Dia 17/11	1	1	1	1	1	1
Dia 18/11	1	1	1	1	1	1
Dia 19/11	1	1	1	1	1	1
Dia 20/11	1	1	1	1	1	1
Dia 21/11	1	1	1	1	1	1
Dia 22/11	1	1	1	1	1	1
Dia 23/11	1	1	1	1	1	1
Dia 24/11	1	1	1	1	1	1
Dia 25/11	1	1	1	1	1	1
Dia 26/11	1	1	1	1	1	1
Dia 27/11	1	1	1	1	1	1
Dia 28/11	1	1	1	1	1	1
Dia 29/11	1	1	1	1	1	1
Dia 30/11	1	1	1	1	1	1
Total	30	30	30	30	30	30

Total de Plantões	180 plantões
--------------------------	---------------------

Leandro Lemes

LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE LTDA

Leandro Lemes – Diretor

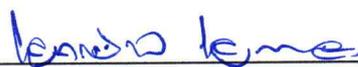
Leandro Lemes
Diretor
Lemes & Troncoso
CNPJ: 31.275.474/0001-70

TABELA QUANTITATIVA DOS PLANTÕES DE 01/11/2024 A 30/11/2024 DE PEDIATRIA

Barueri, 03 de dezembro de 2024

	Diurno			Noturno		
	Porta 1	Porta 2	Emergência	Porta 1	Porta 2	Emergência
Dia 01/11	1	1	1	1	1	1
Dia 02/11	1	1	1	1	1	1
Dia 03/11	1	1	1	1	1	1
Dia 04/11	1	1	1	1	1	1
Dia 05/11	1	1	1	1	1	1
Dia 06/11	1	1	1	1	1	1
Dia 07/11	1	1	1	1	1	1
Dia 08/11	1	1	1	1	1	1
Dia 09/11	1	1	1	1	1	1
Dia 10/11	1	1	1	1	1	1
Dia 11/11	1	1	1	1	1	1
Dia 12/11	1	1	1	1	1	1
Dia 13/11	1	1	1	1	1	1
Dia 14/11	1	1	1	1	1	1
Dia 15/11	1	1	1	1	1	1
Dia 16/11	1	1	1	1	1	1
Dia 17/11	1	1	1	1	1	1
Dia 18/11	1	1	1	1	1	1
Dia 19/11	1	1	1	1	1	1
Dia 20/11	1	1	1	1	1	1
Dia 21/11	1	1	1	1	1	1
Dia 22/11	1	1	1	1	1	1
Dia 23/11	1	1	1	1	1	1
Dia 24/11	1	1	1	1	1	1
Dia 25/11	1	1	1	1	1	1
Dia 26/11	1	1	1	1	1	1
Dia 27/11	1	1	1	1	1	1
Dia 28/11	1	1	1	1	1	1
Dia 29/11	1	1	1	1	1	1
Dia 30/11	1	1	1	1	1	1
Total	30	30	30	30	30	30

Total de Plantões	180 plantões
--------------------------	---------------------


LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUDE LTDA

Leandro Lemes – Diretor

 Leandro Lemes
 Diretor
 Lemes & Troncoso
 CNPJ: 31.275.474/0001-70

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/12/2024 às 08:38:35

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros	Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada
Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Conta Origem: 03104/1292.000578032685-8	

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Tipo Conta: 01 - Conta Corrente	Tipo Pessoa: Jurídica
Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL	Valor: R\$ 34.309,48
Finalidade: 10 - Crédito em Conta	Valor Tarifa: R\$ 0,00
Histórico:	

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024	Código da Operação: 91219998
Data da Operação: 20/12/2024	Chave de Segurança: PYVWKNM1FFF15KUK

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	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/12/2024	out/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 517 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 33.519,53
20/12/2024	out/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 6 BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	R\$ 585,90
					R\$ 34.105,43

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DT REALIZADA	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/12/2024	nov/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	NFS-E 4587 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R\$ 139,50
20/12/2024	nov/24	CSLL/PIS/COFINS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	NFS-E 10445 SISQUAL WORKFORCE MANAGEMENT L	R\$ 64,55
					R\$ 204,05

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/12/2024 às 08:38:35

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros	Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada
Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Conta Origem: 03104/1292.000578032685-8	

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Tipo Conta: 01 - Conta Corrente	Tipo Pessoa: Jurídica
Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL	Valor: R\$ 11.244,54
Finalidade: 10 - Crédito em Conta	Valor Tarifa: R\$ 0,00
Histórico:	

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024	Código da Operação: 91321254
Data da Operação: 20/12/2024	Chave de Segurança: THJWL4C40U6WKTKM

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	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/12/2024	out/24	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 517 LEMES E TRONCOSO GESTÃO E SAÚD	R\$ 10.812,75
20/12/2024	out/24	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 6 BRUCTOR PARTNERS SAUDE LTDA	R\$ 189,00
					R\$ 11.001,75

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DT REALIZADA	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/12/2024	out/24	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TER	NFS-E 718 WANER LABORATORIO DE ANALISES	R\$ 176,97
20/12/2024	nov/24	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TER	NFS-E 4587 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R\$ 45,00
20/12/2024	nov/24	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TER	NFS-E 10445 SISQUAL WORKFORCE MANAGEMENT	R\$ 20,82
					R\$ 242,79

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/12/2024 às 08:38:35

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros	Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada
Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Conta Origem: 03104/1292.000578032685-8	

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/6790/00000000227-5	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Tipo Conta: 01 - Conta Corrente	Tipo Pessoa: Jurídica
Nome: ASSOC HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL	Valor: R\$ 6.237,00
Finalidade: 10 - Crédito em Conta	Valor Tarifa: R\$ 0,00
Histórico:	

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/12/2024	Código da Operação: 91462027
Data da Operação: 20/12/2024	Chave de Segurança: JS9ZA93V8ZM7CKF0

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	COMP	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
20/12/2024	nov/24	INSS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	NFS-E 21 FORTCORP GUARDA PATRIMONIAL	R\$ 4.290,00
20/12/2024	nov/24	INSS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	NFS-E 52 ELAINE R DE OLIVEIRA NEGOCIOS	R\$ 1.947,00
					R\$ 6.237,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



Consulta de TED Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	STR0008
Agência/Conta destino:	1229/000013003657-9
Tipo de conta destino:	CC
Nome do destinatário 1:	LEMES E TRONCOSO
CPF/CNPJ do destinatário 1:	31275474000170
Valor (R\$):	200.000,00
Valor da tarifa (R\$):	12,00
Finalidade:	Credito em Conta
Data-Hora da operação:	23/12/2024
Nr. Doc:	988320
Número de Controle CAIXA:	876988320

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



NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVICOS - NFE A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: < http://www.barueri.sp.gov.br/nfe >	Data Emissão 03/12/2024	Hora Emissão 09:17	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA	
	Código Autenticidade 766X.5687.1189.8125299-L		Número da Nota 000527	Série da Nota
			Número RPS	Série RPS

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

Nome Tomador de Serviços ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			
Endereço RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		Complemento			
CEP 17402-064	Bairro WILLIAMS	Cidade GARCA	UF SP		
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					
Qtde 1	Descrição do Serviço MEDICINA	Código Serviço 040117212	Aliquota 2,00	Valor Unitário 662.000,00	Valor Total 662.000,00

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 120 plantões R\$ 198.000,00/CM-EM 60 plantões R\$ 102.000,00/PED 120 plantões R\$ 216.000,00/PED-EM 60 plantões R\$ 111.000,00/(RT) R\$ 17.000,00/Coordenações: CM R\$ 9.000,00/PED R\$ 9.000,00 Valor total dos serviços referente ao período de 01/11 a 30/11: R\$ 662.000,00. Local: LOUVEIRA/SP CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 - VALOR LÍQUIDO: 621.287,00. Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.
--

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

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
9.930,00	4.303,00	19.860,00	6.620,00

VALOR TOTAL DA NOTA	662.000,00
----------------------------	-------------------

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

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe	Código Autenticidade 766X.5687.1189.8125299-L
--	---

RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	Número da Nota 000527	Série da Nota
Local	Data	Assinatura

Comprovante de Pagamento de Bolet

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 25/12/2024 às 11:05:42

Banco Receptor: ITAU UNIBANCO S.A.

Pagador Final / Efetivo

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **Conta de Débito:** 03104/1292/000578032685-8

Histórico do Pagamento:

Representação numérica do código de barras: 34195.99340 00013.029610 90020.642357 3 07374426000

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

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

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia: SISQUAL WORKFORCE M LTDA **CPF/CNPJ:** 14.454.963/0001-70

Nome/Razão Social: SISQUAL WORKFORCE M LTDA

Pagador Sacado

Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC **CPF/CNPJ:** 45.349.461/0020-75

Pagador Final - Correntista

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

Data do Vencimento: 18/12/2024

Desconto (R\$): 0

Data de Efetivação / Agendamento: 23/12/2024 **Abatimento (R\$):** 0

Valor Nominal do Bolet: 1302.96

Valor Calculado (R\$): 1315.76

Juros (R\$): 12.8

Valor Pago (R\$): 1315.76

IOF (R\$): 0

Identificação do Pagamento:

Multa (R\$): 0

Data/hora da operação: 23/12/2024 -

Código da operação: 40184958625

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

Ouvidoria

0800 726 0101

0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

0800 726 2492

0800 104 0104

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 10445, emitido em 08/11/2024 20241223u14454963000170	Número da Nota 00010445			
	Data e Hora de Emissão 08/11/2024 13:47:58 Código de Verificação L9RN-H6ZC			
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
 CPF/CNPJ: 14.454.963/0001-70 Inscrição Municipal: 4.396.776-0 Nome/Razão Social: SISQUAL WORKFORCE MANAGEMENT LTDA Endereço: AV PAULISTA 1636, ANDAR 10 - BELA VISTA - CEP: 01310-200 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0020-75 Inscrição Municipal: ---- Endereço: Rua Dr Orlando T Santos 50 - Williams - CEP: 17402-064 Município: Garça UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
Aluguel de software, mensalidade e coud, FILIAL LOUVEIRA, Convenio no 0001/2024. RETENCAO DE IR 1,5%: R\$ 20,82 PIS/COFINS/CSLL 4,65%: R\$ 64,55 Referente ao período: novembro de 2024 FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO BANCARIO COM VENCIMENTO PARA 18/12/2024				
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.388,33				
INSS (R\$) -	IRRF (R\$) 20,82	CSLL (R\$) 13,88	COFINS (R\$) 41,65	PIS/PASEP (R\$) 9,02
Código do Serviço 02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.				
Valor Total das Deduções (R\$) 0,00	Base de Cálculo (R\$) 1.388,33	Alíquota (%) 2,90%	Valor do ISS (R\$) 40,26	Crédito (R\$) 0,00
Município da Prestação do Serviço -		Número Inscrição da Obra -	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 10445, emitido em 08/11/2024; (3) NFS-e quitada em 05/12/2024;				

27/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E0036030520241226165211f9f191913

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 26/12/2024 às 14:43:14

Valor Original: R\$ 2.815,50 **Valor Atualizado:** R\$ 2.815,50 **Tarifa:** R\$ 8,50

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: DESTRA APOIO E PREV SEG TRAB L

CNPJ: 11.814.918/0001-90

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Código da operação: 40297581022

Chave de segurança: 0CVSP57NA6QKQMS9

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
4587

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da
Competência
08/11/2024 às 15:59:48

Código de Verificação
9883-2607-4477

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 11.814.918/0001-90 Cód. Mobiliário 76568 Insc. Mun. 2.299.2065
 Nome DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME RG/IE 521.154.679.119
 Logradouro RUA-ALTINO VAZ DE MELLO Número 221
 Bairro CENTRO CEP 16300-035
 Município PENÁPOLIS UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional
 Telefones
 E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 RG/IE
 Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
 Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Telefone
 E-mail contabilidade@ahbb.org.br
 Inf. Comp.
 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	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3.000,0000	1,00	0,00	3.000,00
Valor Total dos Serviços - R\$3.000,00					

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref. Convênio nº 0001/2024 - mês: 10/2024

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.	Dedução de Materiais/Equipamentos Não	Responsável pelo imposto Prestador dos Serviços	Desconto de Participação
Operação Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Local do Serviço Dentro do Município	Vlr. Total das Deduções (R\$) 0,00	Vlr. Total Retido (R\$) 184,50
Situação da Nota Fiscal Normal			Vlr. do ISS (R\$) 90,00
Aliquota (%) 3,0000	Base de Cál. (R\$) 3.000,00		

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.815,50

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

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 4587 emitida em 08/11/2024 às 15:59:48 - Cód Verif 9883-2607-4477

Condições de Pagamento: Vencimento: 08/11/2024 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

HISTÓRICO DE EVENTOS

Data	Tipo Histórico	Histórico
09/10/2024	ENTRADA	VALOR NOMINAL TÍTULO - R\$ 2.815,50
09/10/2024	TARIFA	TAR. ENTRADA COM REGISTRO - R\$ 2,60
29/11/2024	TARIFA	TAR. MANUTENÇÃO DE TÍTULO VENCIDO - R\$ 0,30
11/12/2024	ALTERAÇÃO	OUTRAS ALTERAÇÕES
11/12/2024	PRORROGAÇÃO	NOVO VENCIMENTO - 13/12/2024 / LIMITE PAGTO - 13/12/2024

DESTRA - ASSESSORIA EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

CNPJ: 11.814.918/0001-90

Altino Vaz de Mello, 221, 221 - Bairro CENTRO

16300-035 - PENÁPOLIS1 - SP

Fone: 018-3653.8181 Fax:

Email: destra.assessoria@gmail.com

F A T U R A M E N T O

Abrangência: 01/10/2024 até 31/10/2024 - Emissão: 08/11/2024

**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB LOUVEIRA - (AHBB - LOUVEIRA) (1815) - CNPJ:
45.349.461/0001-02**

Serviços Prestados

* Descrição do serviço	Total
Assessoria em Segurança do Trabalho ref. a 10/2024	3.000,00
Total => 3.000,00	

Total => R\$ 3.000,00	
---------------------------------	--

Assessoria em Segurança do Trabalho	1	3.000,00	3.000,00
-------------------------------------	---	----------	----------

Geral do Faturamento			3.000,00
-----------------------------	--	--	-----------------



SICOOB - Cobrança
CONSULTA DE BOLETO

3183 - SICOOB NOSSO

Gerado em: 11/12/2024 23:37:46

DADOS BÁSICOS DO BOLETO

Beneficiário

Cliente: 21889-8 - DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90
Endereço: ALTINO VAZ DE MELLO Nº.: 221
Bairro: CENTRO Cidade: Penápolis
CEP: 16.300-035 Estado: SP
Telefone: (18) 36538181

Pagador

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS 50 Estado: SP
Bairro: WILLIAMS Cidade: GARCA
CEP: 17.402-064 E-MAIL: ger.rh@ahbb.org.br
Telefone: ()

Boleto

Código de Barras: 75693987300002815501318301021889800004680001
Linha Digitável: 75691318370102188980100046800017398730000281550
Tipo Emissão: CLIENTE EMITE Tipo Distribuição: 2 - CLIENTE
Seu Número: 4513 Nosso Número: 468-0
Float: 1 PA: 005
Data Emissão: 09/10/2024 Data Vencimento: 13/12/2024
Data Limite: 13/12/2024 Parcela: 1
Valor Boleto: R\$ 2.815,50 Valor Abatimento: R\$ 0,00
Modalidade: 0001 - CREG Espécie Documento: NF
Conta Corrente: 8.029-2 Cont. Garantia:
Aceite: NÃO Identificação Boleto Empresa:
Dias Negativação: 10 Dias Protesto: 0

Situação

ENTRADA NORMAL

Instruções

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.

DADOS COMPLEMENTARES DO BOLETO

Beneficiário Final

Beneficiário Final

CPF/CNPJ:

Descontos

Data Desconto 1: Valor Desconto 1:
Data Desconto 2: Valor Desconto 2:
Data Desconto 3: Valor Desconto 3:
Tipo Desconto: PERCENTUAL ATÉ A DATA INFORMADA

Encargos

Multa: 10.0 % Tipo Multa: Percentual Data 14/12/2024
Mora: 1.0 % Tipo Mora: Percentual ao Data Mora: 14/12/2024

Dados Incorporação

Título: NÃO Coop. Original: 0000 PA: 0000

Banco Depositário

Banco 756 - BANCO COOPERATIVO SICOOB S.A

Agência 3183

Dados da Carteira

Tipo Contrato: Situação Contrato: Situação Boleto Contrato:
Cod. Cliente Contrato: 0 Num. Contrato: 0



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	03104 1292 000578032685-8

Representação numérica do código de barras:	19790.00005 67625.989669 34328.835169 5 99420002090610
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
Nome/Razão Social:	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS
CPF/CNPJ:	28.070.436/0001-76
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil
CPF/CNPJ:	45.349.461/0021-56
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	26/12/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	26/12/2024
Valor Nominal do Boleto:	20.906,10
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00
Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	20.906,10
Valor Pago (R\$):	20.906,10

Data/hora da operação:	26/12/2024 13:53:32
-------------------------------	---------------------

Código da operação: 40297605191
Chave de segurança: S1YFNG61WH1GL93V

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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Integral Nutri Alimentacao e Servicos Eireli



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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

TIPO: 1-SAÍDA
Nº: 5010
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/2



CHAVE DE ACESSO

3524 1228 0704 3600 0176 5500 1000 0050 1013 5045 9020

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

135242806547467 03/12/2024 13:28:10

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 Benicente do Brasil - AHBB

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

03/12/2024

ENDEREÇO

R DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17.402-064

DATA DE SAÍDA

03/12/2024

MUNICÍPIO

Garca

FONE/FAX

14996349390

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

13:27:35

DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	18/12/2024	20.906,10						

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	20.906,10	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.906,10

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\$ 6,75	21069090	090	5101	Un	60,0000	3,0800	184,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2842	Desjejum Dieta Liquida Valor dos Impostos: R\$ 6,24	21069090	090	5101	Un	60,0000	2,8500	171,00	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\$ 98,00	21069090	090	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2818	Almoco Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 18,07	21069090	090	5101	Un	30,0000	16,5000	495,00	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\$ 19,16	21069090	090	5101	Un	150,0000	3,5000	525,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2819	Merenda Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 7,27	21069090	090	5101	Un	60,0000	3,3200	199,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3923	Merenda 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
2830	Jantar Dieta Geral 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
2820	Jantar 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
2846	Jantar 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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 763,05. Fonte: IBPT BEASCD - Contrato de Gestao 001/2024 Orgao: Prefeitura Municipal de Louveira - Hospital Santo Antonio - Faturamento referente ao periodo de 01/11/2024 ate 30/11/2024 - Faturamento referente ao periodo de 01/11/2024 ate 30/11/2024 Trib. aprox. R\$: 878,07 Federal, 0,00 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br CF6051

RESERVADO AO FISCO



Integral Nutri Alimentacao e Servicos Eireli

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

TIPO: 1-SAÍDA

Nº: 5010

SÉRIE: 1

FOLHA: 2/2



CHAVE DE ACESSO

3524 1228 0704 3600 0176 5500 1000 0050 1013 5045 9020

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

135242806547467 03/12/2024 13:28:10

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\$ 19,16	21069090	090	5101	Un	150,0000	3,5000	525,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2821	Ceia Dieta Leve Valor dos Impostos: R\$ 7,27	21069090	090	5101	Un	60,0000	3,3200	199,20	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\$ 98,00	21069090	090	5101	Un	150,0000	17,9000	2.685,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2832	Agua 1,5L Valor dos Impostos: R\$ 37,78	22011000	090	5101	Un	230,0000	4,5000	1.035,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4062	Desjejum diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 3,97	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,6300	108,90	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\$ 42,66	21069090	090	5101	Un	60,0000	19,4800	1.168,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4065	Merenda 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
4066	Jantar diabeticos Valor dos Impostos: R\$ 21,33	21069090	090	5101	Un	30,0000	19,4800	584,40	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

stone

197-1

19790.00005 67625.989669 34328.835169 5 99420002090610

Local de Pagamento Pague em qualquer instituição autorizada.					Data de Vencimento 26/12/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço: INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS EIRELI CNPJ 28.070.436/0001-76					Agência/Código Beneficiário 0001 / 888523-8	
Data do Documento 20/12/2024	Num. do Documento 1	Espécie doc	Aceite N	Data Processamento 20/12/2024	Carteira/Nosso Número 67625989663432883516	
Uso do Banco	Carteira 001	Espécie R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 20.906,10	
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:					CNPJ/CPF:	
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	

stone

197-1

19790.00005 67625.989669 34328.835169 5 99420002090610

Local de Pagamento Pague em qualquer instituição autorizada.					Data de Vencimento 26/12/2024	
Nome do Beneficiário / CNPJ / CPF / Endereço: INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS EIRELI CNPJ 28.070.436/0001-76					Agência/Código Beneficiário 0001 / 888523-8	
Data do Documento 20/12/2024	Num. do Documento 1	Espécie doc	Aceite N	Data Processamento 20/12/2024	Carteira/Nosso Número 67625989663432883516	
Uso do Banco	Carteira 001	Espécie R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(=) Valor do Documento R\$ 20.906,10	
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:					CNPJ/CPF:	
Sacador/Avalista:					CNPJ/CPF:	

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





Comprovante de Pagamento de Salário

Transação realizada via convênio de pagamentos

Nome do pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/CPF do pagador:	45.349.461/0001-02
Conta debitada:	3104 / 0000 / 578032685-8
Convênio:	452304 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Tipo de compromisso:	0002 - PAGAMENTO DE SALÁRIO
Compromisso:	0001 - ASSOC HOSPIT BENEFIC
NSA:	15
Nome do favorecido (a):	MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA
Cpf do favorecido (a):	72.154.534-30
Forma de Pagamento:	5 - CRÉDITO EM CONTA
Banco destino:	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Conta destino:	3104 / 0000 / 746554816-1
Finalidade:	01 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
Valor:	R\$ 2.013,87
Data do Pagamento:	27/12/2024

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 168.63501.80-6		11 Nome MARIANA ZILDA VIEIRA SILVA		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) ESTRADA MUNICIPAL DO PAU A PIQUE , 627 - CA 2				13 Bairro CAPIVARI
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.290-000	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 072.154.534-30
19 Data de Nascimento 27/01/1984	20 Nome da Mãe MARIA ZILDA VIEIRA			

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. 1.386,58	24 Data de Admissão 14/11/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 20/12/2024	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 20/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.100,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 40%	R\$ 376,53	54 Adic. de Periculosidade ___%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 99,02 horas 20,00%	R\$ 90,77
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\$ 309,77
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 193,61	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 64,54
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\$ 2.135,22

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\$ 119,87	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 0,00
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (DESCONTO DIFERENCA MEDIA HORA 13o)	R\$ 1,48
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA					
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 121,35
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.013,87



Comprovante de Pagamento de Salário

Transação realizada via convênio de pagamentos

Nome do pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/CPF do pagador:	45.349.461/0001-02
Conta debitada:	3104 / 0000 / 578032685-8
Convênio:	452304 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Tipo de compromisso:	0002 - PAGAMENTO DE SALÁRIO
Compromisso:	0001 - ASSOC HOSPIT BENEFIC
NSA:	15
Nome do favorecido (a):	ELISANGELA BUENO
Cpf do favorecido (a):	168.496.508-07
Forma de Pagamento:	5 - CRÉDITO EM CONTA
Banco destino:	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Conta destino:	3104 / 0000 / 746554811-0
Finalidade:	01 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
Valor:	R\$ 1.869,31
Data do Pagamento:	27/12/2024

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS
05 Município 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 123.97354.24-3	11 Nome ELISANGELA BUENO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA ATILIO BHIGUETI, 3				13 Bairro JARDIM VINTE E UM DE
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.291-052	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 168.496.508-07
19 Data de Nascimento 09/10/1972	20 Nome da Mãe MARIA PATROCINIA DOS SANTOS BUENO			

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. 1.328,88	24 Data de Admissão 13/11/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 20/12/2024	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 20/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.100,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 40%	R\$ 376,53	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\$ 258,39
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 184,57	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 61,52
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\$ 1.981,01

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\$ 111,70	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 0,00
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 111,70
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.869,31

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA



Comprovante de Pagamento de Salário

Transação realizada via convênio de pagamentos

Nome do pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/CPF do pagador:	45.349.461/0001-02
Conta debitada:	3104 / 0000 / 578032685-8
Convênio:	452304 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Tipo de compromisso:	0002 - PAGAMENTO DE SALÁRIO
Compromisso:	0001 - ASSOC HOSPIT BENEFIC
NSA:	15
Nome do favorecido (a):	ALDIR ALVES SILVA SOARES
Cpf do favorecido (a):	5.642.725-58
Forma de Pagamento:	5 - CRÉDITO EM CONTA
Banco destino:	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Conta destino:	3104 / 0000 / 746554814-5
Finalidade:	01 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
Valor:	R\$ 1.877,73
Data do Pagamento:	27/12/2024

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS
05 Município 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 116.45316.57-7		11 Nome ALDIR ALVES SILVA SOARES		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA ARMANDO TASSO, 64 - CASA 1				13 Bairro SERRA AZUL
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.290-000	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 005.642.725-58
19 Data de Nascimento 20/11/1969	20 Nome da Mãe ANA ALVES DE JESUS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada				
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado				
23 Remuneração Mês Ant. 1.255,05	24 Data de Admissão 14/11/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 19/12/2024	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 19/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.045,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 40%	R\$ 357,71	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\$ 332,22
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 184,57	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 61,52
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\$ 2,06				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 1.983,08

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\$ 105,35	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 0,00
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO Nº 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 105,35
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.877,73



Comprovante de Pagamento de Salário

Transação realizada via convênio de pagamentos

Nome do pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/CPF do pagador:	45.349.461/0001-02
Conta debitada:	3104 / 0000 / 578032685-8
Convênio:	452304 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Tipo de compromisso:	0002 - PAGAMENTO DE SALÁRIO
Compromisso:	0001 - ASSOC HOSPIT BENEFIC
NSA:	15
Nome do favorecido (a):	LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO
Cpf do favorecido (a):	292.367.948-23
Forma de Pagamento:	5 - CRÉDITO EM CONTA
Banco destino:	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Conta destino:	3104 / 0000 / 744751583-4
Finalidade:	01 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
Valor:	R\$ 9.362,31
Data do Pagamento:	27/12/2024

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS
05 Município 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 125.03260.45-6		11 Nome LUCIANA CAMARGO DA CONCEICAO		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua AVENIDA RESERVA DO JAPY , 280 - CONDOMINIO .ANGELIM, BLOCO 04,				13 Bairro RECANTO QUARTO CEI
14 Município JUNDIAI	15 UF SP	16 CEP 13.211-772	17 CTPS (nº, série, UF) 09704400000 - 162SP / S	18 CPF 292.367.948-23
19 Data de Nascimento 08/12/1978	20 Nome da Mãe IRACI CAMARGO PRDROSO DA CONCEICAO			

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. 4.169,40	24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio 18/12/2024	26 Data de Afastamento 18/12/2024	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 16/dias Salário (líquido de 2/faltas e DSR)	R\$ 2.073,06	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\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 6/12 avos	R\$ 2.084,70	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 810,72
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 4.169,40	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 347,45	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 347,45
95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R\$ 200,18				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 10.183,57

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\$ 196,96	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 31,27
114.1 IRRF	R\$ 593,03	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
CONVÊNIO N° 01/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 821,26
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 9.362,31



Comprovante de Pagamento de Salário

Transação realizada via convênio de pagamentos

Nome do pagador:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ/CPF do pagador:	45.349.461/0001-02
Conta debitada:	3104 / 0000 / 578032685-8
Convênio:	452304 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Tipo de compromisso:	0002 - PAGAMENTO DE SALÁRIO
Compromisso:	0001 - ASSOC HOSPIT BENEFIC
NSA:	15
Nome do favorecido (a):	ADNA RENATA DE FREITAS SABINO
Cpf do favorecido (a):	17.039.464-64
Forma de Pagamento:	5 - CRÉDITO EM CONTA
Banco destino:	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Conta destino:	3104 / 0000 / 744761704-1
Finalidade:	01 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE
Valor:	R\$ 4.804,94
Data do Pagamento:	27/12/2024

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua DR. ORLANDO T SANTOS, 50				04 Bairro WILLIAMS
05 Município 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 160.97634.72-3		11 Nome ADNA RENATA DE FREITAS SABINO		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA COMENDADOR WALTER MAZZALI, 207 - CASA				13 Bairro JARDIM SERRA AZUL
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.294-312	17 CTPS (nº, série, UF) 01940200000 - 00457 / RI	18 CPF 017.039.464-64
19 Data de Nascimento 03/04/1999	20 Nome da Mãe FRANCISCA MARLY			

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. 2.149,06	24 Data de Admissão 01/07/2024	25 Data do Aviso Prévio 19/12/2024	26 Data de Afastamento 19/12/2024	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 15/dias Salário (líquido de 4/faltas e DSR)	R\$ 875,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 141,20	54 Adic. de Periculosidade ___%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 6/12 avos	R\$ 1.047,69	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 407,44
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 2.095,38	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 174,61	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 174,62
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 4.915,94

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\$ 76,21	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 12,70
114.1 IRRF	R\$ 16,85	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00	115.1 Outros Descontos (DESCONTO DIFERENCA MEDIA HORA 13o)	R\$ 5,24
CONVÊNIO N° 01/2024 PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 111,00
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 4.804,94



Consulta de TED Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Tipo de TED:	STR0008
Agência/Conta destino:	3062/000007004231-4
Tipo de conta destino:	CC
Nome do destinatário 1:	ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRAS
CPF/CNPJ do destinatário 1:	45349461000102
Valor (R\$):	366.000,00
Valor da tarifa (R\$):	12,00
Finalidade:	Credito em Conta
Data-Hora da operação:	27/12/2024
Nr. Doc:	783061
Número de Controle CAIXA:	065783061

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

28/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202412271425f109d11f82c
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 27/12/2024 às 13:55:26
Valor Original: R\$ 1.479,86 **Valor Atualizado:** R\$ 1.479,86

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CNPJ: 00.360.305/0001-04
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código da operação: 40341244685
Chave de segurança: 0CVSP57NA6QKQMS9

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

Pagar este documento até

27/12/2024

às 21:59:59 (Brasília)

Valor a recolher

1.479,86

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124122345284513-6

Tag
23/12/2024 11:51

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
12/2024	1	0,00	555,24	924,62	0,00	1479,86
Total Geral:		0,00	555,24	924,62	0,00	1.479,86

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Observações

Toda a equipe do FGTS Digital deseja que você tenha um Feliz Natal e um Próspero Ano Novo!

Data de geração da Guia: 23/12/2024 às 11:51:54 - Página 1/ 1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



PIX Copia e Cola:

0002010102122690014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/122bc79bbe844f93bc811e31da002b1d5204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Bras11ia62070503***6304354B

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/122bc79bbe844f93bc811e31da002b1d

28/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E003603052024122714261d8e839103f
Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 27/12/2024 às 13:55:36
Valor Original: R\$ 716,36 **Valor Atualizado:** R\$ 716,36

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CNPJ: 00.360.305/0001-04
Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código da operação: 40341275046
Chave de segurança: 0CVSP57NA6QKQMS9

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

Pagar este documento até

27/12/2024

às 21:59:59 (Brasília)

Valor a recolher

716,36

CPF/CNPJ do Empregador
45.349.461

Nome/Razão Social do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.
1

Identificador
0124122345308734-0

Tag
23/12/2024 13:54

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
12/2024	1	0,00	262,88	453,48	0,00	716,36
Total Geral:		0,00	262,88	453,48	0,00	716,36

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Observações

Toda a equipe do FGTS Digital deseja que você tenha um Feliz Natal e um Próspero Ano Novo!

Data de geração da Guia: 23/12/2024 às 13:54:47 - Página 1/ 1

O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço <https://fgtsdigital.sistema.gov.br>



PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/9f7a11ddec69461b973a41496050603b5204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Bras11ia62070503***63049317

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/9f7a11ddec69461b973a41496050603b

28/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202412271427078bcb79bd

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 27/12/2024 às 13:55:56

Valor Original: R\$ 670,00 **Valor Atualizado:** R\$ 670,00 **Tarifa:** R\$ 5,96

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: VAGNER SOUZA BRITO ME

CNPJ: 27.232.892/0001-02

Instituição: ITAÚ UNIBANCO S.A.

Código da operação: 40341264443

Chave de segurança: 0CVSP57NA6QKQMS9

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 do Município de Osasco
Secretaria de Finanças



Nota Fiscal Eletrônica de Serviços Prestados - NF-e

Série: E

Nota No.: 6550

Emissão: 09/12/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **SOLUGERA SOLUCOES EM GERADORES LTDA**
 CNPJ/CPF: **27.232.892/0001-02** Inscrição Municipal: **0000154118**
 Endereço: **RUA ESDRAS PRATES DA SILVEIRA, 236 - Presidente Altino - 06216270**
 Município: **Osasco** UF: **SP**
 Fone: **(11) 7283-9172**

TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
 CNPJ/CPF: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal:
 Endereço: **RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50 - WILLIAMS - 17402064**
 Município: **Garça** UF: **SP**

ATIVIDADE: 14.01 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de qualquer objeto (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS).

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

"MANUTENÇÃO PREVENTIVA MENSAL DO GRUPO GERADOR DE ENERGIA
 CONTRATO DE GESTÃO 001/2024 ÓRGÃO PREFEITURA MUNICIPAL DE LOUVEIRA - HOSPITAL SANTO ANTONIO."

(A)	C = (A)	(E)	F=(C*E%)	Ref.:
Valor Serviço	Base de Cálculo	Alíq. (%):	Valor ISS	
670,00	670,00	*3,80	*25,46	12/2024
Impostos Adicionais (Os valores informados são de responsabilidade do emissor):				(A)
IR (R\$):	Cofins (R\$):	CSLL (R\$):	Valor Total da Nota	
INSS (R\$):	Pis/Pasep (R\$):	Outros (R\$):		
				670,00

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

EVIAMNTJ

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Nota fiscal emitida em 09/12/2024 às 10:02
 ISS Devido pelo Prestador do Serviço
 * Prestador de Serviço enquadrado no SIMPLES NACIONAL
 Prestador de Serviço enquadrado em regime de 'ISS Auto-Lançado'

28/12/2024



Comprovante de Transação Pix

Via Gerenciador CAIXA

Detalhes do pagamento

ID da transação: E00360305202412271846c90bb5c8653

Situação: EFETIVADA **Data e Hora:** 27/12/2024 às 15:47:30

Valor Original: R\$ 2.090,79 **Valor Atualizado:** R\$ 2.090,79 **Tarifa:** R\$ 8,50

Origem

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Destino

Nome: JOELMA SANTOS DA SILVA

CPF: XXX.039.938-XX

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código da operação: 40347056464

Chave de segurança: 0CVSP57NA6QKQMS9

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

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 163.30897.20-5		11 Nome JOELMA SANTOS DA SILVA		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA JOAO BURCH, 671 - CASA 2				13 Bairro RES BURCH
14 Município LOUVEIRA	15 UF SP	16 CEP 13.290-000	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 351.039.938-21
19 Data de Nascimento 02/02/1986	20 Nome da Mãe ISAURA SANTOS DA SILVA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3. Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada				
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregador, do contrato de trabalho por prazo determinado				
23 Remuneração Mês Ant. 885,92	24 Data de Admissão 19/11/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 20/12/2024	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 20/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 1.100,00	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 40%	R\$ 376,53	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\$ 479,87
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R\$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R\$ 184,57	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. // a //	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 61,52
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\$ 2.202,49

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\$ 111,70	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 0,00
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 111,70
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 2.090,79

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/01/2025 às 12:31:23

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL

Conta Origem: 03104/1292.000578032685-8

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\$ 321.287,00

Valor Tarifa: R\$ 0,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/12/2024

Data da Operação: 30/12/2024

Código da Operação: 97859626

Chave de Segurança: QSHPMYTFPTVF3R5A

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 03/12/2024	Hora Emissão 09:17	NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVICOS E FATURA	
	Código Autenticidade 766X.5687.1189.8125299-L		Número da Nota 000527	Série da Nota
			Número RPS	Série RPS

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

Nome Tomador de Serviços ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02			
Endereço RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		Complemento			
CEP 17402-064	Bairro WILLIAMS	Cidade GARCA	UF SP		
E-mail CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR					
Qtde 1	Descrição do Serviço MEDICINA	Código Serviço 040117212	Aliquota 2,00	Valor Unitário 662.000,00	Valor Total 662.000,00

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 120 plantões R\$ 198.000,00/CM-EM 60 plantões R\$ 102.000,00/PED 120 plantões R\$ 216.000,00/PED-EM 60 plantões R\$ 111.000,00/(RT) R\$ 17.000,00/Coordenações: CM R\$ 9.000,00/PED R\$ 9.000,00 Valor total dos serviços referente ao período de 01/11 a 30/11: R\$ 662.000,00. Local: LOUVEIRA/SP CONTA PARA CRÉDITO: BANCO SANTANDER (033) - AGÊNCIA 1229 - CONTA CORRENTE 13003657-9 - VALOR LÍQUIDO: 621.287,00. Dispensada da retenção de 11% para a seguridade social conforme art. 120, III, parágrafo 2o. da IN RFB 971/2009, em razão dos serviços serem prestados por médicos sócios e por participantes da SCP conforme Termo de Adesão que é parte integrante do Contrato Social da Sociedade por Cotas de Participação.
--

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

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL
9.930,00	4.303,00	19.860,00	6.620,00

VALOR TOTAL DA NOTA	662.000,00
----------------------------	-------------------

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

A autenticidade desta Nota Fiscal Eletrônica de Serviços poderá ser confirmada na página da Prefeitura de Barueri na Internet, no Endereço: http://www.barueri.sp.gov.br/nfe	Código Autenticidade 766X.5687.1189.8125299-L
--	---

RECEBEMOS DA EMPRESA LEMES & TRONCOSO GESTÃO E SAUD OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS	Número da Nota 000527	Série da Nota
Local	Data	Assinatura



2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Receptor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Nome:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
Conta de débito:	03104 1292 000578032685-8

Representação numérica do código de barras:	23793.39100 99691.000055 92000.070307 1 99460000020000
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948
Beneficiário original / Cedente	
Nome Fantasia:	SIFRA S A
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Sacador Avalista	
Nome/Razão Social:	POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA
CPF/CNPJ:	72.911.837/0002-84
Beneficiário Final	
Nome/Razão Social:	SIFRA S A
CPF/CNPJ:	03.729.970/0001-10
Pagador Sacado	
Nome/Razão Social:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02
Pagador Final - Correntista	
Nome/Razão Social:	ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL
CPF/CNPJ:	45.349.461/0001-02

Data do Vencimento:	30/12/2024
Data de Efetivação / Agendamento:	30/12/2024
Valor Nominal do Boleto:	200,00
Juros (R\$):	0,00
IOF (R\$):	0,00

Multa (R\$):	0,00
Desconto (R\$):	0,00
Abatimento (R\$):	0,00
Valor Calculado (R\$):	200,00
Valor Pago (R\$):	200,00

Data/hora da operação: 30/12/2024 09:46:04

Código da operação: 40448858766
Chave de segurança: 4QGLMWLJUTR4C501

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: 19/12/2024 DEST/REME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 100,00

NF-e

Nº 000.010.883

SÉRIE 5

DATA DO RECEBIMENTO:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:



ORGANIZACAO COMERCIAL LAGO AZUL LTDA
ESTRADA ANHANGUERA, 72 - SANTO ANTONIO
CEP 15.760-000 - LOUVEIRA - SP
Fone (017) 2136-6400

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.010.883

SÉRIE 5

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3524 1272 9118 3700 0284 5500 5000 0108 8310 0143 7080

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:

42100607117

INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:

CNPJ:

72.911.837/0002-84

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135242982876269 19/12/2024 09:12:34

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF:

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO:

19/12/2024

ENDEREÇO:

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO/DISTRITO:

WILLIAMS

CEP:

17402064

DATA DE SAÍDA / ENTRADA:

19/12/2024

MUNICÍPIO:

GARÇA

FONE/FAX:

1938483554

UF:

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

ISENTO

HORA DE SAÍDA:

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS:

0,00

VALOR DO ICMS:

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.:

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO:

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

100,00

VALOR DO FRETE:

0,00

VALOR DO SEGURO:

0,00

DESCONTO:

0,00

OUT. DESP. ACESSÓRIAS:

0,00

VALOR DO IPI:

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA:

100,00

TRANSPORTADOS / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:

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

CÓD. PROD.	CÓD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	CÓD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
3	810101001	ETANOL COMUM	19,40	22071090	060	5656	L	24,571	4,07	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PLACA: FVE9A51 MOTORISTA: MARCOS

Tributos aproximados: R\$ 7.40 (7.40%) Federal, R\$ 12.00 (12.00%) Estadual, R\$ 0.00 (0.00%) Municipal

- Fonte: IBPT - SP 96A549

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO Nº 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Fecha Jue 2024-12-19 04:13

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 **19/12/2024 09:11**.

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL

72.911.837/0002-84

LOUVEIRA

ESTRADA ANHANGUERA, 72 - 67 - 1721366400

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

KM:

Média KM:

HM:

Motorista: **MARCOS**

Veículo:

Placa: **FVE9A51**

Cupom Fiscal: **10883**

Nota Fiscal: **10883**

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

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

AUTORIZAÇÃO PARA ABASTECIMENTO

Data: 19/12/2024

Nome: 64750 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DR OSMARDO L. MARTINS, 50

Cidade: BARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.349.811/0001-01

IE: ISENTA

Placa: FUE9851 Km

Veículos:

Autorista: MARCOS

Valor....: 100,00

Forma de Pagamento: AVANÇO À CREDITO

Cupom.: 10863

Reconheço que pagarei a quantia supra

Nome Completo:

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
Nº.: 000.011.011
Série: 5
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3524 1272 9118 3700 0284 5500 5000 0110 1110 0143 8720

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO

135242997495093 - 20/12/2024 14:58:26

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

20/12/2024

ENDEREÇO

RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO

WILLIAMS

CEP

17402-064

DATA ENTRADA / SAÍDA

20/12/2024

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE / FAX

(19) 3848-3554

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA / SAÍDA

14:57:28

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLC. ICMS S.T.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

V. IMP. IMPORTAÇÃO

0,00

V. ICMS UF REMET.

0,00

VALOR DO FCP

0,00

VALOR DO PIS

0,00

V. TOTAL PRODUTOS

100,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR IPI

0,00

V. ICMS UF DEST.

0,00

V. TOT. TRIB.

19,40

VALOR DO COFINS

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

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

QUANTI.

VALOR

UNIT.

VALOR

TOTAL

B CÁLC

ICMS

VALOR

ICMS

ALIQ.

3

ETANOL COMUM

22071090

060

5.656

L

24,571

4,07

100,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PLACA: SYC1G14 MOTORISTA: RICARDO - Tributos aproximados: R\$ 7.40 (7.40%) Federal, R\$ 12.00 (12.00%) Estadual, R\$ 0.00 (0.00%)
Municipal - - Fonte: IBPT - SP 96A549

RESERVADO AO FISCO

Aviso de Compra no Estabelecimento

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

Data Sex, 20-12-2024 09:59

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 **20/12/2024 14:57**.

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: **RICARDO**

Veículo:

Placa: **SYC1G14**

Cupom Fiscal: **11011**

Nota Fiscal: **11011**

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

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

Data: 20/12/2024

Nome: 64750 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50
Cidade: GARÇA - SP

CPF/CNPJ: 45.449.461/0001-02

IE: ISENTU

Placa: SYC1614 Na:

Veículos:

Motorista: RICARDO

Valor: R\$ 100,00

Forma de Pagamento: NOTAS A COBRAR

Valor: R\$ 100,00

Reconheço que pagarei a quantia supra

em nome Completo:

DETALHAMENTO DE FATURA

POSTO MC KM 72 LAGO AZUL
72.911.837/0002-84

23/12/2024 15:05

Cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Fatura: 12233645
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Emissão: 23/12/2024
Vencimento: 30/12/2024

Cupom	Nota	Emissão	Placa	Posto	Quantidade	Km Inicial	Km Fim	Km / Lt	Produto	Pr. Unit	VI. Item	Pr. Tab.	VI. Tab.
10883	19/12/2024	FVE9A51	72.911.837/0002-84	24.57					ETANOL COMUM	4,070	100,000	4,070	100,000
	11011	20/12/2024	SYC1G14	72.911.837/0002-84	24.57				ETANOL COMUM	4,070	100,000	4,070	100,000
Total de litros: 49,14													
Valor Total: 200,00													

Resumo do cliente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor total faturado: 200,00

Produto	Quantidade	Valor	Valor Tabela
ETANOL COMUM	49,14	200,00	200,00

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



237-2

Comprovante de Entrega

Comprovante de Entrega

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Vencimento 30/12/2024	Nº do Documento 12233645
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02	Carteira / Nosso Número 009/96910000592-5	Espécie R\$	Valor do Documento R\$ 200,00
Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.			Data de Processamento 23/12/2024
Recebí(emos) o bloqueto	Data	Assinatura	Data

Motivo de não entrega (para uso da empresa entregadora)

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

Recibo do Pagador



237-2

23793.39100 99691.000055 92000.070307 1 99460000020000

Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA	Agência / Código do Beneficiário 3391 / 0000703-P	Espécie R\$	Quantidade	Carteira / Nosso número 009/96910000592-5
Número do documento 12233645	CPF/CNPJ 72911837000284	Vencimento 30/12/2024	Valor documento R\$ 200,00	
(-) 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				Autenticação mecânica

Título Cedido à Sifra S/A

Beneficiário CNPJ 03.729.970/0001-10

NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.

JUROS DE MORA DE R\$ 0,40 AO DIA.

NEGATIVAR NO 5º DIA APÓS O VENCIMENTO.

Corte na linha pontilhada



237-2

23793.39100 99691.000055 92000.070307 1 99460000020000

Local de pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO OU BRADESCO EXPRESSO.					Vencimento 30/12/2024
Beneficiário POSTO MONTE CARLO LAGO AZUL LTDA - 72.911.837/0002-84					Agência / Código Beneficiário 3391 / 0000703-P
Data do documento 23/12/2024	Nº documento 12233645	Espécie doc. DM	Aceite N	Data processamento 23/12/2024	Carteira / Nosso número 009/96910000592-5
Uso do banco	C I P	Carteira 09	Espécie R\$	Quantidade	(x) Valor
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)					(=) Valor documento R\$ 200,00
					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO T SANTOS,50 - GARCA/SP - CEP: 17402-064					Código de Baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada

2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 01/01/2025 às 12:31:23

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros	Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada
Nome: ASSOC HOSPIT BENEFICIENTE BRASIL	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Conta Origem: 03104/1292.000578032685-8	

Dados do Recebedor

Conta Destino: 341/5436/00000012925-7	CPF/CNPJ: 004.624.415-80
Tipo Conta: 01 - Conta Corrente	Tipo Pessoa: Física
Nome: CRISTINA RIBEIRO	Valor: R\$ 1.400,00
Finalidade: 10 - Crédito em Conta	Valor Tarifa: R\$ 0,00
Histórico:	

Informações do Pagamento

Data do Débito: 30/12/2024	Código da Operação: 05434539
Data da Operação: 30/12/2024	Chave de Segurança: K177NU9L1UZ4ZG35

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

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

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

	Nº Recibo
	04
Nome ou Razão Social da Empresa	CNPJ da Empresa
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL	45.349.461/0001-02

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de LIMPEZA HOSPITAL LOUVEIRA a importância de R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais), conforme discriminativo abaixo:

Número de Inscrição	
No INSS:	No CPF: 004.624.415-80
Identidade	
Número: 547566736	
Órgão Emissor: SSP	UF:
Endereço	
Localidade	
Data	
	30/12/2024

ESPECIFICAÇÃO:

1.Valor Serviço Prestado	1.764,27
2.Outros Proventos	0,00
Total	1.764,27

DESCONTOS:

3.Outros Descontos	0,00
4.ISS	0,00
5.IRRF	11,42
6.Dedução INSS	352,85
7.INSS Frete	0,00
8.Pensão Alimentícia	0,00
Total	364,27

VALOR LÍQUIDO 1.400,00

Nome completo	
CRISTINA RIBEIRO CIRQUEIRA SOUSA	

Assinatura

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

CONVÊNIO N° 01/2024
PREFEITURA MUNICIPAL LOUVEIRA

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA - 2024

(Banco) (Conta Corrente)

<u>POSIÇÃO CONTÁBIL</u>			
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
31/11/2024	SALDO ANTERIOR	28.455,69	28.455,69
31/12/2024	CONVÊNIO RECEBIDO NO EXERCÍCIO	1.099.621,90	1.128.077,59
31/12/2024	RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA	592,09	1.128.669,68
31/12/2024	TOTAL DE DESPESAS PAGAS EM 2024	-1.099.538,87	29.130,81
=	SALDO DO CONVÊNIO	0,00	29.130,81
DATA	HISTÓRICO	LANÇAMENTO	SALDO
01/01/2024	SALDO ANTERIOR - RECURSOS PRÓPRIOS	302,87	302,87
31/12/2024	Crédito de Recursos Próprios	171,00	473,87
31/12/2024	Débito Indevido	0,00	473,87
31/12/2024	Débitos - Tarifas Bancárias	0,00	473,87
=	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	0,00	473,87
POSIÇÃO DOS SALDOS		INICIAL	FINAL
	SALDO DO CONVÊNIO	28.455,69	29.130,81
	SALDO DE RECURSOS PRÓPRIOS	302,87	473,87
=	SALDO TOTAL	28.758,56	29.604,68

<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			
31/12/2024	SALDO FINAL C/C		0,00
31/12/2024	SALDO FINAL - APLICAÇÃO FINANCEIRA		29.604,68
=	SALDO TOTAL EM BANCO		29.604,68

Louveira, 31 de dezembro 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS NA CONTA VINCULADA
(Banco) (Conta Corrente)

DATA	Nº CHEQUE/DOC	DÉBITO	CRÉDITO	HISTÓRICO
30/10/2024	1		R\$ 198,26	DEVOLUÇÃO DE TARIFAS
28/11/2024	1		R\$ 104,61	DEVOLUÇÃO DE TARIFAS
27/12/2024	1		R\$ 171,00	DEVOLUÇÃO DE TARIFAS
	TOTAL	R\$ -	R\$ 473,87	
	SALDO	R\$ -	R\$ 473,87	Total de Reembolso à Realizar à Conta

Louveira, 31 de dezembro 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE

RENTABILIDADE DE APLICAÇÃO FINANCEIRA
(Banco) (Conta Corrente)

MÊS	1 SALDO ANTERIOR	2 APLICAÇÃO (+)	3 RESGATES (-)	4 RESULTADO (2-3)	5 SALDO FINAL (-)	6 RENTABILIDADE (5-4)
janeiro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
fevereiro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
março-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
abril-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
maio-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
junho-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
julho-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
agosto-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
setembro-24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
outubro-24	3.937,65	37.527,26	41.002,61	462,30	500,58	38,28
novembro-24	500,58	76.560,79	48.408,31	28.653,06	28.758,56	105,50
dezembro-24	28.758,56	1.047.830,88	1.047.576,85	29.012,59	29.604,68	592,09
TOTAL		1.161.918,93	1.136.987,77			735,87

RESUMO:	
SALDO ANTERIOR	3.937,65
TOTAL DE APLICAÇÕES	1.161.918,93
TOTAL DE RESGATES	1.136.987,77
SALDO FINAL	29.604,68
TOTAL DE RENTABILIDADE	735,87

Louveira, 31 de dezembro de 2.024


JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
PRESIDENTE



Prefeitura Municipal de Garça

Departamento de Rendas

Praça Hilmar Machado de Oliveira, 102 - Centro - Garça

CNPJ: 44.518.371/0001-35



CERTIDÃO NEGATIVA

DO MOBILIÁRIO

Código	Data Abertura	Situação	
002435823	07/07/2023	01 - Ativo	
Razão Social		CPF/CNPJ	
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	
Nome Fantasia		Inscrição Municipal	
		2435823	
Logradouro		Número	Complemento
Rua DR ORLANDO THIAGO SANTOS		50	
Bairro		Cep	
WILLIAMS		17402064	
Cidade		UF	
Atividade			
Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências			

CERTIFICO, para os devidos fins, a pedido via internet, que o Cadastro Mobiliario acima descrito, encontra-se quite com o Erário Municipal, até a presente data. ATENÇÃO: Fica ressalvado o direito da Fazenda Municipal de exigir o recolhimento de débitos, tributários ou não, constituído anteriormente a esta data mesmo durante a vigência desse prazo.

Emitida às 11:25:35 do dia 14/08/2024

Válida até 10/02/2025

Código de Controle da Certidão/Número 6137B344B5B69448

Certidão emitida gratuitamente.

Atenção qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

Voltar

Imprimir



Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 45.349.461/0001-02
Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço: R DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 / WILLIAMS / GARCA / SP / 17402-064

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

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

Emitido em atendimento a determinação judicial.

Validade: 30/12/2024 a 28/01/2025

Certificação Número: 2024123011124983354558

Informação obtida em 10/01/2025 13:58:41

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



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO POSITIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS COM EFEITO DE NEGATIVA

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 45.349.461/0001-02

Certidão nº: 55777515/2024

Expedição: 14/08/2024, às 11:29:01

Validade: 10/02/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **45.349.461/0001-02**, **CONSTA** do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas em face do inadimplemento de obrigações estabelecidas no(s) processo(s) abaixo, com débito garantido ou exigibilidade suspensa:

1000721-59.2021.5.02.0052 - TRT 02ª Região ** (52ª VARA DO TRABALHO DE SÃO PAULO)

1000388-13.2017.5.02.0064 - TRT 02ª Região * (64ª VARA DO TRABALHO DE SÃO PAULO)

1000306-03.2017.5.02.0251 - TRT 02ª Região ** (1ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000183-65.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região * (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000247-75.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região ** (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000507-89.2017.5.02.0252 - TRT 02ª Região * (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000624-46.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região * (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000924-08.2018.5.02.0252 - TRT 02ª Região ** (2ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000075-93.2019.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000096-74.2016.5.02.0254 - TRT 02ª Região * (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000314-97.2019.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000580-21.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

1000749-76.2016.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

1000900-71.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
1000947-45.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
1000962-14.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
1000980-35.2018.5.02.0254 - TRT 02ª Região ** (4ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
1001002-27.2017.5.02.0255 - TRT 02ª Região ** (5ª VARA DO TRABALHO DE CUBATÃO)
0010775-67.2017.5.15.0024 - TRT 15ª Região * (1ª VARA DO TRABALHO DE JAÚ)
0011441-68.2017.5.15.0024 - TRT 15ª Região * (1ª VARA DO TRABALHO DE JAÚ)
0010797-75.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0011109-51.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0011198-74.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0011208-21.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0011386-67.2017.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0010243-09.2018.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0010064-41.2019.5.15.0073 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0011891-87.2019.5.15.0073 - TRT 15ª Região ** (VARA DO TRABALHO DE BIRIGUI)
0010275-31.2021.5.15.0098 - TRT 15ª Região * (VARA DO TRABALHO DE GARÇA)

* Débito garantido por depósito, bloqueio de numerário ou penhora de bens suficientes.

** Débito com exigibilidade suspensa.

Total de processos: 29.

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

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

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

Internet (<http://www.tst.jus.br>).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

A Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas, com os mesmos efeitos da negativa (art. 642-A, § 2º, da Consolidação das Leis do Trabalho), atesta a existência de registro do CPF ou do CNPJ da pessoa sobre quem versa a certidão no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas, cujos débitos estejam com exigibilidade suspensa ou garantidos por depósito, bloqueio de numerário, penhora de bens suficientes ou, ainda, tenha sido deferida, no caso de empresa, a sua recuperação judicial, de acordo com a Lei 11.101/2005.



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

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

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

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

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

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 15:58:04 do dia 14/08/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 10/02/2025.

Código de controle da certidão: **A8DD.DCA1.69BA.80D7**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.