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

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB / REDE SANTA CASA

ENTIDADE GERENCIADA (*): PAI POSTO DE ATENDIEMENTO IMEDIATO

CNPJ: 45.349.461/0001-02

ENDEREÇO E CEP: RUA DR. ORLANDO T SANTOS, 50, BAIRRO WILLIAMS, EM GARÇA, SP

RESPONSÁVEL(IS) PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO

CPF: 362.328.398-38

OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO: O OBJETO DO PRESENTE A CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, VISANDO À CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE, ASSISTÊNCIAS E NÃO ASSISTÊNCIAS, EM TEMPO INTEGRAL (24 HORAS/DIA, 07 DIAS NA SEMANA) PARA PAI POSTO DE ATENDIEMENTO IMEDIATO 0 SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

EXERCÍCIO: 2024

ORIGEM DOS RECURSOS (5): FEDERAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R$
Contrato de Gestão nº 089/2024	04/06/2024	03/06/2025	R$ 13.165.259,64
Aditamento nº 01	02/09/2024	02/07/2025	R$ 410.647,90

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R$)
05/08/2024	R$ 1.097.104,97	05/08/2024	553.341.000.022.313	R$ 300.000,00
		15/08/2024	553.341.000.019.918	R$ 384.469,15
		15/08/2024	553.341.000.002.231	R$ 412.635,82
20/08/2024	R$ 222.657,90	20/08/2024	553.341.000.022.313	R$ 222.657,90
05/09/2024	R$ 1.097.104,97	05/09/2024	553.341.000.019.918	R$ 384.469,15
		17/09/2024	553.341.000.022.313	R$ 712.635,82
15/09/2024	R$ 17.090,00	17/09/2024	553.341.000.022.313	R$ 17.090,00
05/10/2024	R$ 1.097.104,97	04/10/2024	553.341.000.019.918	R$ 384.469,15
		15/10/2024	553.341.000.022.313	R$ 101.397,53
		15/10/2024	34.433.228	R$ 611.238,29
15/10/2024	R$ 17.090,00			
05/11/2024	R$ 1.097.104,97	05/11/2024	553.341.000.019.918	R$ 384.469,15
		19/11/2024	553.341.000.022.313	R$ 360.000,00
		25/11/2024	553.341.000.022.313	R$ 352.635,82
15/10/2024		29/11/2024	553.341.000.000.000	R$ 34.180,00

(A) SALDO DO EXERCÍCO ANTERIOR		R$ 275.051,65
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO		R$ 1.131.284,97
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS		R$ 37,64
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3)		R$ 10.526,32
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)		R$ 1.416.900,58
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL		
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F)		R$ 1.416.900,58

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

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

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

O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil vem indicar, na forma abaixo detalhada, as despesas incorridas e pagas no exercício 11/2024, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

	DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO				
	ORIGEM DOS RECURSOS (4):				
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	**DESPESAS CONTABILIZAD AS NESTE EXERCÍCIO (R$)**	**DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$) (H)**	**DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$) (I)**	**TOTAL DE DESPESA S PAGAS NESTE EXERCÍCI O (R$)** **(J= H + I)**	**DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTES (R$)**
Recursos humanos (5)	R$ 234.402,48	R$ 0,00	R$ 234.402,48	R$ 234.402,48	R$ 0,00
Recursos humanos (6)	R$ 25.000,00	R$ 0,00	R$ 25.000,00	R$ 25.000,00	R$ 0,00
Medicamentos	R$ 19.131,71	R$ 0,00	R$ 19.131,71	R$ 19.131,71	R$ 0,00
Material médico e hospitalar (*)	R$ 12.189,09	R$ 0,00	R$ 12.189,09	R$ 12.189,09	R$ 0,00
Gêneros alimentícios	R$ 7.884,60	R$ 0,00	R$ 7.884,60	R$ 7.884,60	R$ 0,00
Outros materiais de consumo	R$ 12.452,00	R$ 0,00	R$ 12.452,00	R$ 12.452,00	R$ 0,00
Serviços médicos (*)	R$ 701.701,73	R$ 0,00	R$ 701.701,73	R$ 701.701,73	R$ 0,00
Outros serviços de terceiros	R$ 32.918,44	R$ 0,00	R$ 32.918,44	R$ 32.918,44	R$ 0,00
Locação de imóveis	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Locações diversas	R$ 48.124,79	R$ 0,00	R$ 48.124,79	R$ 48.124,79	R$ 0,00
Utilidades públicas (7)	R$ 300,00	R$ 0,00	R$ 300,00	R$ 300,00	R$ 0,00
Combustível	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Bens e materiais permanentes	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Obras	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Despesas financeiras e bancárias	R$ 1.276,81	R$ 0,00	R$ 1.276,81	R$ 1.276,81	R$ 0,00
Outras despesas	R$ 60.532,52	R$ 0,00	R$ 60.532,52	R$ 60.532,52	R$ 0,00
TOTAL	**R$ 1.155.914,17**	**R$ 0,00**	**R$ 1.155.914,17**	**R$ 1.155.914,17**	**R$ 0,00**

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

(5) Salários, encargos e benefícios.

(6) Autônomos e pessoa jurídica.

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

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

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

(*) Apenas para entidades da área da Saúde.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R$ 1.416.900,58
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R$ 1.155.914,17
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	R$ 260.986,41
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	R$ 260.986,41

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

Garça, 13 de dezembro de 2.024

AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

João Pedro Monteiro Pinotti Affonso

Diretor Presidente

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: SILVIA APARECIDA PEDRO

CPF/CNPJ: 323.983.458-82

AGENCIA: 3341 CONTA: 24.448-1

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 2.460,36

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: F.21D.B34.83B.A93.1AC

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
209.64354.72-6	SILVIA APARECIDA PEDRO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua AVENIDA HERMES BIRALLI, 74 - CASA				CONJUNTO HABITACIOI
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.655-214	16631000000 - 00239 / SF	323.983.458-82
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
03/03/1983	BENEDITA SILVERIO DA COSTA PEDRO			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
1.932,40	26/07/2024		23/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 23/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.265,00	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 216,51	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R$ 483,10	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 483,10	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 161,03
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 2.608,74**

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$ 112,15	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 36,23
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS					
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 148,38**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 2.460,36**

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: ZUMARA RODRIGUES NOGUEIRA

CPF/CNPJ: 354.448.778-05

AGENCIA: 3341 CONTA: 24.471-6

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 2.914,72

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: D.F81.ABD.E3A.744.CD0

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
203.84232.64-1	ZUMARA RODRIGUES NOGUEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA DOUTOR MELLO, 286 - CASA				CENTRO
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-065	00580810000 - 00268 / SF	354.448.778-05
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
09/04/1987	SUELI MONTEIRO NOGUEIRA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
2.481,05	26/07/2024		23/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 23/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.111,67	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 40%	R$ 433,01	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$ 652,57	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 626,48	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 208,83
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$ 3.032,56**

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$ 117,84	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$ 117,84**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 2.914,72**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: ANISIA GONCALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 448.687.008-55

AGENCIA: 3341 CONTA: 24.464-3

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 4.450,39

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: 3.376.451.751.C14.8CC

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome				
161.30117.58-3	ANISIA GONCALVES DOS SANTOS				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)					13 Bairro
Rua RUA ANTONIO SETIMO CHELOTTI, 177 - CASA					CONJUNTO HABITACIOI
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)		18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.655-234	23301000000 - 00385 / SF		448.687.008-55
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe				
13/02/1997	MILENE APARECIDA GONCALVES				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
3.854,18	26/07/2024		23/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 23/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.777,75	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 216,51	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 102,56 horas 40,00%	R$ 577,83
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$ 121,65	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$ 904,82	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 843,51	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 281,17
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R$ 0,00
82 Ajuda de Custo Art. 470/CLT	R$ 17,07				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 4.740,31**

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$ 222,06	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 67,86
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS					
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 289,92**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 4.450,39**

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: FRANCISCO SOARES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 300.190.218-36

AGENCIA: 2706 CONTA: 18.204-4

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 6.041,67

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: 6.286.4FD.D12.B28.8DF

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
126.78234.18-7	FRANCISCO SOARES DOS SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA THEREZINHA CECCARELLO BUSO, 263 - CASA				RESIDENCIAL SANTA LU
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.655-066	16780000000 - 00239 / SF	300.190.218-36
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
04/10/1982	ILAURA SOARES DOS SANTOS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
4.850,89	26/07/2024		23/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 23/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 2.665,70	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 216,51	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 101,35 horas 40,00%	R$ 831,86
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$ 175,13	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$ 1.204,56	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 1.139,86	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 379,95
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
82 Ajuda de Custo Art. 470/CLT	R$ 1,18				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 6.614,75**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado___/dias	R$ 0,00	112.1 Previdência Social	R$ 365,52	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 90,34
114.1 IRRF	R$ 117,22	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 573,08**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 6.041,67**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: JOSE WILSON MARTINS

CPF/CNPJ: 272.944.473-49

AGENCIA: 3341 CONTA: 24.456-2

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 2.736,41

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: 9.40A.57A.7AE.C3B.1DA

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome				
123.48818.94-0	JOSE WILSON MARTINS				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)					13 Bairro
Rua RUA DOS LIRIOS, 94					JARDIM BELA VISTA
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)		18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.653-072	00267400000 - 00009 / CE		272.944.473-49
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe				
03/11/1963	MARIA DO CARMO SILVA MARTINS				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
2.017,26	26/07/2024		23/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 23/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.330,06	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 216,51	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R$ 574,92	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 574,92	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 191,64
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$ 10,41				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 2.898,46**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado___/dias	R$ 0,00	112.1 Previdência Social	R$ 118,94	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 43,11
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS					
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 162,05**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 2.736,41**

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: MARCIO DE OLIVEIRA GONCALVES

CPF/CNPJ: 123.624.608-00

AGENCIA: 2706 CONTA: 17.954-X

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 3.383,46

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: B.938.DBC.73B.795.F59

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
012.46285.71-9	MARCIO DE OLIVEIRA GONCALVES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA DAS TULIPAS, 41 - CASA				JARDIM BELA VISTA
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.653-054	03673000000 - 00165 / SF	123.624.608-00
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
23/12/1974	MAURA DE OLIVEIRA GONCALVES			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
2.601,21	27/07/2024		24/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 24/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.855,04	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 225,92	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R$ 650,30	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 650,30	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 216,77
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$ 3.598,33**

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$ 166,10	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 48,77
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 214,87**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 3.383,46**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

04/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15.24.27

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: PEDRO AUGUSTO JANUARIO

CPF/CNPJ: 520.420.338-98

AGENCIA: 3341 CONTA: 24.467-8

DATA DO PAGAMENTO: 01/11/2024

VALOR: 2.668,60

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: 8.E50.340.1DD.69F.1AF

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
271.00455.63-0	PEDRO AUGUSTO JANUARIO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA DOUTOR ALCEBIADES, 847 - CASA				VILA BORTONE
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.657-124	52042030000 - 03898 / SF	520.420.338-98
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
04/04/2005	ANDRENILSE VIVIANE DOS SANTOS JANUARIO			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

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

22 Causa do Afastamento

Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
2.431,03	26/07/2024		23/10/2024	PD0

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 23/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.265,00	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 216,51	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 11,00 horas 40,00%	R$ 45,63
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$ 9,61	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$ 570,18	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 3/12 avos	R$ 541,16	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 180,39
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$ 2.828,48**

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$ 117,12	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 42,76
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS					
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 159,88**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 2.668,60**

Consultas - Emissão de comprovantes

G3321809394838581
18/11/2024 10:05:45

```
18/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:05:42
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BANCO DO BRASIL
------------------------------------------------
00190000090208051300100029082179398880000145820
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            110.101
NOSSO NUMERO                  20805130000029082
CONVENIO                                 02080513
DATA DE VENCIMENTO                     02/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                      01/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       1.458,20
VALOR COBRADO                            1.458,20
================================================
NR.AUTENTICACAO           5.9F0.561.5AD.2D0.828
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

NF e NFS - VER

MedCenter Comercial

MED CENTER COMERCIAL LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000573689
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO:
3124 1000 8749 2900 0140 5500 1000 5736 8915 7754 0408

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108		131246224649495 08/10/24 09:20:49
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.	CNPJ
5259495840034	813015791118	00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				C.N.P.J / C.P.F.	DATA EMISSÃO
(13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	08/10/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA ENTR/SAÍDA
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50		WILLIAMS	17402-064		08/10/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA
GARCA	1133748438	SP			09:20:23

FATURA / DUPLICATA

001 02/11/2024 1.458,20

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.458,20	174,98	0,00	0,00	1.458,20

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		1.458,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J / C.P.F.
PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI			0 - Emitente			SP	12270745000150
ENDEREÇO			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41			SANTOS			SP	633751854115
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO
1	VOLUME(S)		607921		6,318 Kg		6,318 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS	ALÍQUOTAS %IPI
01774900 3004.90.39	DOPAMINA 50 MG AMP 10 ML - 23080225/FAB.0107/23/VAL.30/07/25 C/ 10 AP	0 100	6108 500	10 CV	18,00000000	0,00% 0,00	180,00	180,00 180,00	0,00 0,00	21,60	0,00		12,00	0,00
00206500 3004.50.90	DRAMIN B6 DL AMP 10 ML (N) - B24G1251/FAB.0107/24/VAL.30/07/26 C/ 100 AP	0 100	6108 500	1 CV	740,00000000	0,00% 0,00	740,00	740,00 740,00	0,00 0,00	88,80	0,00		12,00	0,00
01635100 3004.90.69	OMEPRAZOL 40MG FA C/DIL 10ML IV - 24061274/FAB.01/05/24/VAL.30/05/26 C/ 20 FR	0 60	6108 500	3 CV	179,40000000	0,00% 0,00	538,20	538,20 538,20	0,00 0,00	64,58	0,00		12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BOLETO
ID 364743317.1 Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br #Endereco de entrega Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim SÃo Carlos cidade Santa Cruz das Palmeiras SP. Posto de Atendimento Imediado (PAI)
Pedido: 607921
Volume M3: 0,016211
Rota: 8
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES. CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS
Valor ICMS UF Destino R$: 10,80

RESERVADO AO FISCO

Desenvolvido por Dual Consultoria e Sistemas - www.dualmais.com.br

Digitalizado com CamScanner

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Comprovante de Entrega

ENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

BLOQUETO | ASSINATURA

AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO: 0368-9/00001162
NOSSO NÚMERO: 208051300000290
N. DO DOCUMENTO: 573689/01
VENCIMENTO: 02/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO: 1.458,20

PAGAMENTO
ÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO: 08/10/2024

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DO PAGADOR

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40
ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO	NO. DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO
08/10/2024	573689/01	DM	N	08/10/2024

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

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 02/11/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

RECIBO DO PAGADOR

001-9 | RECIBO DO PAGADOR

MedCenter Comercial

Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO: 02/11/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO: 0368-9/00001162-2
CART. / NOSSO NÚMERO: 20805130000029082
1 (=) VALOR DO DOCUMENTO: 1.458,20
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES
4 (+) MORA / MULTA / JUROS
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS
6 (=) VALOR COBRADO

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

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02080.513001 00029.082179 3 98880000145820

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40
ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DA DOCUMENTO	Nº DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO
08/10/2024	573689/01	DM	N	08/10/2024

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

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 02/11/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

VENCIMENTO: 02/11/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO: 0368-9/00001162-2
CART. / NOSSO NÚMERO: 20805130000029082
1 (=) VALOR DO DOCUMENTO: 1.458,20
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES
4 (+) MORA / MULTA / JUROS
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS
6 (=) VALOR COBRADO

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

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:43
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090208051300100029125176498880000156431
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.102
NOSSO NUMERO 20805130000029125
CONVENIO 02080513
DATA DE VENCIMENTO 02/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 01/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.564,31
VALOR COBRADO 1.564,31
==========
NR.AUTENTICACAO C.E60.18E.5F7.3E5.D83
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PAGADOR	NOSSO NÚMERO	VENCIMENTO
13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	208051300000291	02/11/2024

NFe v4.0 - VERSÃO 6.14

MedCenter Comercial

MED CENTER COMERCIAL LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000573747
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

VALOR DO DOCUMENTO

CHAVE DE ACESSO:
3124 1000 8749 2900 0140 5500 1000 5737 4715 4207 5046

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108	131246226310387 08/10/24 13:24:16

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.	CNPJ
5259495840034	813015791118	00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	C.N.P.J / C.P.F.	DATA EMISSÃO
(13516) - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTR/SAÍDA
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	WILLIAMS	17402-064	08/10/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
GARCA	1133748438	SP		13:23:17

FATURA / DUPLICATA

001 02/11/2024 1.564,31

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.564,31

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX.TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		1.564,31

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J / C.P.F.
PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI	0 - Emitente			SP	12270745000150

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 41	SANTOS	SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUME(S)		607925	4,682 Kg	4,682 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VLAPROX TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS	%IPI
01846900 9018.39.26	ASP TRAQUEAL 08 - 08240816081/FAB.01/08/24/VAL.30/08/28	0 100	6108 040	100 UN	0,45560000	0,00% 0,00	45,56	45,56 0,00	0,00 0,00	0,00	0,00		12,00	0,00
01859600 9018.39.26	ASP TRAQUEAL 10 - 08240701101/FAB.01/07/24/VAL.30/07/28	0 100	6108 040	100 UN	0,46900000	0,00% 0,00	46,90	46,90 0,00	0,00 0,00	0,00	0,00		12,00	0,00
01232000 9018.39.26	CATETER 24 C/DISP SEG - INT / - 113852E01/FAB.01/01/24/VAL.31/12/28 C/ 100 UN	0 800	6108 240	8 CV	181,05000000	0,00% 0,00	1.448,40	1.448,40 0,00	0,00 0,00	0,00	0,00		4,00	0,00
01829700 9018.39.26	URETRAL 10 - (CATETER) - 09240614102/FAB.01/06/24/VAL.30/06/28	0 50	6108 040	50 UN	0,46900000	0,00% 0,00	23,45	23,45 0,00	0,00 0,00	0,00	0,00		12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

BOLETO
id 364744346.1 Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras Contato: Anderson Carrijo Da Costa - (14)98801-7499 - acosta@ahbb.org.br
#Endereco de entrega Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim SAo Carlos cidade Santa Cruz das Palmeiras SP. Posto de Atendimento Imediado (PAI)
Produtos Isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS/
Produtos Isentos conforme CONFAZ 01/99 - Item 107 do Anexo I do RICMS
Pedido: 607925
Volume M3: 0.019078
Rota: 8
FAVOR CONFERIR APENAS OS VOLUMES, CASO HOUVER DIVERGENCIA ENTRAR EM CONTATO ATE 48 HORAS
FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA OS VOLUMES IDENTIFICADOS COMO FRAGEIS E TERMOLABEIS

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Comprovante de Entrega

ER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001	AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO 0368-9/00001162	N. DO DOCUMENTO 573747/01
CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	NOSSO NÚMERO 20805130000029l	VENCIMENTO 02/11/2024
TO / ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 1.564,31

ENTO
EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

DATA DE PROCESSAMENTO
08/10/2024

BANCO DO BRASIL | 001-9 | · RECIBO DO PAGADOR

AL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40
ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DO DOCUMENTO	Nº DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO
08/10/2024	573747/01	DM	N	08/10/2024

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

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 02/11/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

001-9 | RECIBO DO PAGADOR

MedCenter Comercial

Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO	02/11/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0368-9/00001162-2
CART. / NOSSO NÚMERO	20805130000029125
1 (=) VALOR DO DOCUMENTO	1.564,31
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

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

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02080.513001 00029.125176 4 98880000156431

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

BENEFICIÁRIO
MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001-40
ROD BR 459, 0 - SN KM 99 - Bairro: SANTA EDWIGES - POUSO ALEGRE - MG - CEP: 37552484

DATA DA DOCUMENTO	Nº DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO
08/10/2024	573747/01	DM	N	08/10/2024

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

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 02/11/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

Parcela: 1/01

VENCIMENTO	02/11/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	0368-9/00001162-2
CART. / NOSSO NÚMERO	20805130000029125
1 (=) VALOR DO DOCUMENTO	1.564,31
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

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

Autenticação Mecânica Ficha de Compensação

Digitalizado com CamScanner

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:57:02
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
------------------------------------------------
03399015711150000000218875101018498900000467220
BENEFICIARIO:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUT
NOME FANTASIA:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA L
CNPJ: 44.672.062/0001-15
BENEFICIARIO FINAL:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA L
CNPJ: 44.672.062/0001-15
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          110.103
DATA DE VENCIMENTO                  04/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   01/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                    4.672,20
VALOR COBRADO                         4.672,20
================================================
NR.AUTENTICACAO            B.930.C74.C54.E3A.264
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.026.403
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1044 6720 6200 0115 5500 1000 0264 0310 0271 1060

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	135242249562776 - 07/10/2024 19:43:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
797833036116		44.672.062/0001-15

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	07/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
R DR ORLANDO T SANTOS, 050	WILLIAMS		17402-064	
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
GARCA	SP	16992288028		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS		13650-000
MUNICÍPIO		**UF**	**FONE / FAX**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS		SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Vens.	04/11/2024
Valor	R$ 4.672,20

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
4.672,20	560,67	0,00	0,00	0,00	0,00	4.672,20
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR IMPORTAÇÃO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.672,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI	0-Remetente				12.270.745/0004-00
ENDEREÇO		**MUNICÍPIO**		**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200 GALPAO 11B KM 2,2 SP 110-33		SUMARE		SP	671495090114
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**
21	Volumes				

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	IQ
762	(715) SOL. FISIO. DE CLORETO DE SODIO CX/70 100ML 9MG/ML INJ IV FR SIST FECH EQUIPLEX R+ Lote: 2415962 Qt: 5 Val: 25/08/26 Lote: 2413471 Qt: 7 Val: 18/05/26 FCI:A3B2BA2C-97D2-40D0-A9AA-49CEF5A2EFBC	30049099	500	5102	CX	12	228,2000	2.738,40	2.738,40	328,61			12,00	
763	(733) SOL. FISIO. DE CLORETO DE SODIO CX/40 250ML 9MG/ML INJ IV FR SIST FECH EQUIPLEX O+ Lote: 2415895 Qt: 1 Val: 25/08/26 Lote: 2416150 Qt: 7 Val: 03/09/26 FCI:6A707300-2C6A-4137-A7BE-C5B85C1C4F8D	30049099	500	5102	CX	8	153,6000	1.228,80	1.228,80	147,46			12,00	
2427	DIPIRONA MONOIDRATADA 500 MG/ML INJ CX 100 AMP X 2 ML/SANTISA G- Lote: 20741024 Qt: 10 Val: 28/08/26 FCI:F5201459-67C1-4170-8A7F-669F68BED614	30039099	500	5102	CX	10	70,5000	705,00	705,00	84,60			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
PEDIDO BIONEXO 364743317
CONTATO ANDERSON
Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras
PEDIDO DE COMPRA:PDC#364743317#BIONEXO
Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 271015
ATENDIMENTO (16) 3771-5458
DEVOLUCAO DE MERCADORIA NO PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS.
FE 3.11280-6
FE 4.04495-0
FE 1.27329-6
E 1.27330-8
f. fisco:
alor Aprox Tributos Federal: R$ 628,40 Estadual: R$ 560,67 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL.
) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL. ALIQUOTA ICMS CONFORME ART. 54, INCISO XIX, DO RICMS/SP-2000.
gime Especial - 100320/2022 - Portaria CAT no 116/2017
TA: ENTREGA 1 DIA

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário:	Agência/Ident.Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	0230-0 / 0157115	07/10/2024	04/11/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 26403-01	Nosso Número: 0018875	Valor do Documento: 4.672,20

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.01571 11500.000002 18875.101018 4 98900000467220**

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/11/2024
Beneficiário DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15					Agência/Ident.Beneficiário 0230-0 / 0157115
Data do documento: 07/10/2024	No. do documento 26403-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 07/10/2024	Nosso Número 0018875-1
Uso do Banco	Carteira 101 / Espécie Moeda R$	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento 4.672,20

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 3,11 AO DIA

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
7402-064 - GARCA-SP
5.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Digitalizado com CamScanner

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:57:02
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
------------------------------------------------
34191090083264472452124007710007898900000123899
BENEFICIARIO:
FUTURA COM PROD MEDICOS
NOME FANTASIA:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
BENEFICIARIO FINAL:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            110.104
DATA DE VENCIMENTO                    04/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     01/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                      1.238,99
VALOR COBRADO                           1.238,99
================================================
NR.AUTENTICACAO            5.9A3.CA9.E43.57D.3DA
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SÉRIE: 0

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 2 — 1

No. 195.125

SÉRIE: 0

Página 1 de 2

Chave de Acesso da NF-e

35241008231734000193550000001951251002169455

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

135242251193351 07/10/2024 23:41

Natureza da Operação: VENDA

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social	CNPJ/CPF	Data da Emissão
1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	07/10/2024

Endereço	Bairro/Distrito	Cep	Data de Saída/Entrada
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	07/10/2024

Município	Fone/Fax	UF	Inscrição Estadual	Hora de Saída
GARCA	(14)035325198	SP	ISENTO	

FATURA

Dupl.: 195.125/ 1 Valor: 1.238,99 Vencto. 04/11/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
1.238,99	149,68	0,00	0,00	1.238,99

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto / ICMS Desonerado	Outras despesas	Valor do IPI	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.238,99

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta (1 - emitente, 2 - destinatário)	Código ANTT	Placa do Veículo	UF	CNPJ/CPF
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR	1				12.270.745/0004-00

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM	SUMARE	SP	671495090114

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
5	CAIXAS			66,000	66,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
572747	SOL GLICOFISIOLOGICA 250ML CX C/50 BOLSAS HALEX/ISOFARMA Lote : 0000185785 Val. 05/12/2025	30049099	000	5102	CX	4,00 4,00	283,705000	1.134,82	1.134,82	136,18		12,0	
568425	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML CX C/ 100 "GENERICO" HYPOFARMA Lote : 24080996 Val. 31/08/2026	30039047	000	5102	CX	1,00 1,00	87,570000	87,57	87,57	10,51		12,0	
572299	OMEPRAZOL 20MG CAP GEL C/56 CP "OMOPREL" BELFAR Lote : 084468 Val. 28/08/2026	30049069	000	5102	CX	4,00 4,00	4,149600	16,60	16,60	2,99		18,0	

Local de entrega: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 JARDIM SÃO CARLOS 17402-064 RUZ DAS PALMEIRAS SP

Digitalizado com CamScanner

Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	SÉRIE: 0

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 2 — 1

No. 195.125

SÉRIE: 0

Página 2 de 2

Chave de Acesso da NF-e

35241008231734000193550000001951251002169455

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

135242251193351 07/10/2024 23:41

Natureza da Operação

VENDA

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.:Sumaré N/P.221.318

PEDIDO 354743317.1 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - Não aceitamos reclamações posteriores. - Favor conferir todos os itens. - Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto. - Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega. - Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte. Empresa sob regime especial de Distribuidor Hospitalar, conforme Portaria CAT

Reservado ao FISCO

Digitalizado com CamScanner

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

Cedente			Agência/Código Cedente	Vencimento
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			4522/40077-1	04/11/2024
Sacador/Avalista			Número do Documento	Nosso Número
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			195125/1	109/00326447-2
Espécie	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento	(-)Descontos/Abatimentos
R$			R$ 1.238,99	
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93
END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUÍ/SP

- - - -

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:57:03
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
------------------------------------------------
34191090083264597452124007710007398900000050855
BENEFICIARIO:
FUTURA COM PROD MEDICOS
NOME FANTASIA:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
BENEFICIARIO FINAL:
FUTURA COM PROD MEDICOS
CNPJ: 08.231.734/0001-93
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            110.105
DATA DE VENCIMENTO                    04/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     01/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        508,55
VALOR COBRADO                             508,55
================================================
NR.AUTENTICACAO            8.952.317.AF5.1E3.975
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 2 — 1

No. 195.140

SÉRIE: 0

Página 1 de 2

Chave de Acesso da NF-e

35241008231734000193550000001951401002169605

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

135242251246392 07/10/2024 23:54

Natureza da Operação: VENDA

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão Social	*CNPJ/CPF*	*Data da Emissão*
1.854 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	07/10/2024

Endereço	*Bairro/Distrito*	*Cep*	*Data de Saída/Entrada*
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	07/10/2024

Município	*Fone/Fax*	*UF*	*Inscrição Estadual*	*Hora de Saída*
GARCA	(14)035325198	SP	ISENTO	

FATURA

Dupl. : 195.140/ 1 Valor : 508,55 Vencto. 04/11/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	*Valor do ICMS*	*Base de Cálculo de ICMS Sub*	*Valor do ICMS Sub*	*Valor Total dos Produtos*
508,55	91,55	0,00	0,00	508,55

Valor do Frete	*Valor do Seguro*	*Desconto / ICMS Desonerado*	*Outras despesas*	*Valor do IPI*	*Valor Total da Nota*
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	508,55

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	*Frete por Conta* (1 - emitente, 2 - destinatario)	*Código ANTT*	*Placa do veículo*	*UF*	*CNPJ/CPF*
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIR	1				12.270.745/0004-00

Endereço	*Município*	*UF*	*Inscrição Estadual*
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO, 2200 GALPAO 11B KM	SUMARE	SP	671495090114

Quantidade	*Espécie*	*Marca*	*Numeração*	*Peso Bruto*	*Peso Líquido*
1	CAIXAS		F	9,000	9,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
52424	CATETER NASAL TIPO OCULOS PVC SILICONIZADO ADULTO 1,10M UNID MEDSONDA Lote : 77985 Val. 30/09/2028	90183929	000	5102	UND	50,00 50,00	0,830600	41,53	41,53	7,48		18,0	
571449	COMPRESSA DE GAZE 7,5X7,5 13F C/10 ESTERIL LIVIA SOFT AMED Lote : C.36-1 Val. 30/09/2029	30059090	000	5102	PCT	700,00 700,00	0,516000	361,20	361,20	65,02		18,0	
574239	SONDA URETRAL Nº 12 C/5 MEDSONDA Lote : 77916 Val. 30/09/2028	90183929	000	5102	PCT	40,00 40,00	2,645500	105,82	105,82	19,05		18,0	

Local de entrega: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 JARDIM SÃO CARLOS 17402-064 RUZ DAS PALMEIRAS SP

Camila 30/10/24

Dra. Camila Bernardi
Farmacêutica Generalista
CRF / SP 53.970

Recebemos de Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e
No. 195.140

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

FUTURA

www.futuramedicamentos.com.br

Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares LTDA

Rua Doutor Gualter Nunes, 100 Ch.Junqueira

Cep: 18271-210 Tatuí/SP

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 2 **1**

No. 195.140

SÉRIE: 0

Página 2 de 2

Chave de Acesso da NF-e

35241008231734000193550000001951401002169605

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

135242251246392 07/10/2024 23:54

Natureza da Operação

VENDA

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.:Sumaré N/P.221.315

CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS PEDIDO 364744346.1 FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - Não aceitamos reclamações posteriores. - Favor conferir todos os itens. - Em caso de não conformidade, fazer observação no conhecimento da transportadora e no verso do canhoto. - Em caso de não conformidade com produtos termolábeis, a devolução só será aceita quando realizada no ato da entrega. - Colocar data e hora no recebimento no canhoto da nota fiscal e no conhecimento de transporte. Empresa sob regime especial de Distribuidor Hospitalar, conforme Portaria CAT 116/2017

Reservado ao FISCO

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

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.			Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 04/11/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			Número do Documento 195140/1	Nosso Número 109/00326459-7
Espécie R$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R$ 508,55	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

CNPJ DO CEDENTE: 08.231.734/0001-93
END.: RUA DR GUALTER NUNES 100 JD.JUNQUEIRA 18271-210 TATUÍ/SP

- - - -

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411011350498158680l0
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$407,49
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/11/2024 - 14:22:09
COD PRODUTO: 6ecb92b1aff9486dbe35548d8abd771e
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:11

==========

DOCUMENTO: 110106
AUTENTICACAO SISBB: 6.EBC.7BB.080.328.16B

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135565460-5	31/10/2024 17:15

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
407,49

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	407,49	0,00	0,00	407,49
Total Geral:		**0,00**	**407,49**	**0,00**	**0,00**	**407,49**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:15:17 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/d0bf3b3ed1f8442091fa67d195f94aa45204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304D1FB

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/d0bf3b3ed1f8442091fa67d195f94aa4

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411011351525997905 24
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$169,71
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/11/2024 - 14:22:09
COD PRODUTO: 5cb20751c14948bab17867d357d38223
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:10

==========

DOCUMENTO: 110107
AUTENTICACAO SISBB: 1.BFA.AAC.DA8.92F.A73

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135565302-1	31/10/2024 17:14

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
169,71

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	169,71	0,00	0,00	169,71
Total Geral:		**0,00**	**169,71**	**0,00**	**0,00**	**169,71**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:14:16 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/e0161c5e83a0464fa38f68ad4434bb8352040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304CD0D

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/e0161c5e83a0464fa38f68ad4434bb83

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411011352358628922 79
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$218,49
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/11/2024 - 14:22:09
COD PRODUTO: 029cc40183814a09a02686ab9600680b
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:10

==========

DOCUMENTO: 110108
AUTENTICACAO SISBB: 6.19E.367.6AE.626.E06

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135566261-6	31/10/2024 17:16

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
218,49

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	218,49	0,00	0,00	218,49
Total Geral:		**0,00**	**218,49**	**0,00**	**0,00**	**218,49**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:16:51 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/6c2e8388318e473e82c880d465c5964352040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304CFC3

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/6c2e8388318e473e82c880d465c59643

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411011353246950574O9
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$168,55
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/11/2024 - 14:22:10
COD PRODUTO: 3e25edb15b974062a7536461812fa066
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:12

==========

DOCUMENTO: 110109
AUTENTICACAO SISBB: F.204.A10.A91.F60.14B

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135566904-1	31/10/2024 17:17

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
168,55

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	168,55	0,00	0,00	168,55
Total Geral:		**0,00**	**168,55**	**0,00**	**0,00**	**168,55**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:18:03 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO
TRABALHO
E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/6908c5827c444f10a791d936d1d1073052040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304EDAF

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/6908c5827c444f10a791d936d1d10730

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411011354521293267O9
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$157,16
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/11/2024 - 14:22:10
COD PRODUTO: 8dbc9e5f04ed49368c610a6d294b7132
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:11

==========

DOCUMENTO: 110110
AUTENTICACAO SISBB: 1.ED3.FEE.468.B84.E8C

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135567294-8	31/10/2024 17:19

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
157,16

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	157,16	0,00	0,00	157,16
Total Geral:		**0,00**	**157,16**	**0,00**	**0,00**	**157,16**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:19:10 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/0135702141c841fbb7d2e64d543441c0520400005303986580 2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***63049C52

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/0135702141c841fbb7d2e64d543441c0

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411011355526315798 33
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$175,77
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/11/2024 - 14:22:10
COD PRODUTO: 240533e44f6645a69ad56f7ed822af07
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:11

==========

DOCUMENTO: 110111
AUTENTICACAO SISBB: B.4E7.8DD.106.471.52E

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135567776-1	31/10/2024 17:20

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
175,77

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	175,77	0,00	0,00	175,77
Total Geral:		**0,00**	**175,77**	**0,00**	**0,00**	**175,77**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:20:21 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO
TRABALHO
E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/018b5509836747bca191bf167e5f3b6c52040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***630433D7

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/018b5509836747bca191bf167e5f3b6c

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 10.57.03
3062703062                                  0001
               Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.470-9
================================================
PAGAMENTO VIA QR CODE
------------------------------------------------
ID:             E00000000202411011356459189582 33
CNPJ DO PAGADOR:              45.349.461/0021-56
VALOR:                                R$287,87
TARIFA:                                 R$0,00
DATA:                      01/11/2024 - 14:22:10
COD PRODUTO: 8b4ed8318fde4ed09c66ea95f351fb08
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR:              45.***.***/****-02
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Caixa Economica Federal
CNPJ:    360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 01/11/2024 - 14:22:11
================================================
DOCUMENTO: 110112
AUTENTICACAO SISBB:        D.551.63B.445.C0D.F90
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124103135574936-3	31/10/2024 17:39

Pagar este documento até
01/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
287,87

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	287,87	0,00	0,00	287,87
Total Geral:		**0,00**	**287,87**	**0,00**	**0,00**	**287,87**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 31/10/2024 às 17:39:30 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/e2565bd608cb4ccf93acf95eb617f8b85204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***63049275

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/e2565bd608cb4ccf93acf95eb617f8b8

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.57.03
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 1751-5 - SAO CARLOS PB A W FABER
CONTA: 99.790-7

FAVORECIDO: NUMERA ASSESSORIA CONTABIL
CPF/CNPJ: 53.504.385/0001-90
VALOR: R$ 3.000,00
DEBITO EM: 01/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110113
AUTENTICACAO SISBB: C.A1A.E52.5FD.58B.0E2

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

1633156848

Nº Nota
65
Série 2
Nº RPS: -
Data de Emissão 01/NOV/2024 - 10:59:14
Competência 11/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **NUMERA ASSESSORIA CONTABIL**
Nome Fantasia: **NUMERA ASSESSORIA CONTABIL** | Insc. Municipal: **102712** | Insc. Estadual:
CNPJ/CPF: **53.504.385/0001-90**
Endereço: **RUA DOUTOR JOAO BAPTISTA CARRI, 134** | CEP: **13.568-410**
Complemento **Não Informado** | Bairro: **PQ RES MARIA** | País: **BRASIL**
Município: **São Carlos** | UF: **SP** | Telefone:
E-mail: **KELBELTRAMI@GMAIL.COM**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASI**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** | Insc. Municipal: | Insc. Estadual:
Endereço: **R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260** | CEP: **13.650-254**
Complemento: **APTO 144** | Bairro: **JARDIM SAO** | País: **BRASIL**
Município: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** | UF: **SP** | Telefone: **(16) 3374-8438**
E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

contabilidade
Contrato de Gestao 089/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Santa Cruz Das Palmeiras
periodo 01/10/2024 a 31/10/2024

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.000,00

Local de Prestação: **SÃO CARLOS** - **SP** | Local de Incidência : **SÃO CARLOS**

Cod. CNAE: 6920601 - Ativ. Serviço: 17.19 - Atividades de contabilidade

Valor do INSS Retido (R$)	Valor do IRRF Retido (R$)	Valor do CSLL Retido (R$)	Valor do PIS Retido (R$)	Valor do COFINS Retido (R$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Vlr Deduções (R$)	Outras Retenções (R$)	Base de Cálculo do ISS (R$)	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Valor Líquido da Nota (R$)
0,00	0,00	3.000,00	3,00	90,00	3.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) NUMERA ASSESSORIA CONTABILOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação:
1633156848

Número da Nota:
65

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.43
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R$ 5.000,00
DEBITO EM: 04/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110401
AUTENTICACAO SISBB: 7.134.769.C23.542.D6B

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

16351228TO

Nº Nota	**228**
Série	**2**
Nº RPS:	**-**
Data de Emissão	**01/NOV/2024 - 16:21:37**
Competência	**11/2024**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**

Nome Fantasia: | Insc. Municipal: **92592** | Insc. Estadual:

CNPJ/CPF: **34.298.678/0001-14**

Endereço: **RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 2696** | CEP: **13.560-240**

Complemento **LOC.. Q.. 002 L.. 029** | Bairro: **CENTRO** | País: **BRASIL**

Município: **São Carlos** | UF: **SP** | Telefone:

E-mail: **CONTABILIDADE@GESTARECSC.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** | Insc. Municipal: | Insc. Estadual:

Endereço: **R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260** | CEP: **13.650-254**

Complemento: **APTO 144** | Bairro: **JARDIM SAO** | País: **BRASIL**

Município: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** | UF: **SP** | Telefone: **(16) 3374-8438**

E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Assessoria financeira
Contrato de Gestao 089/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Santa Cruz das palmeiras
periodo 01/10 /2024 a 31/10/2024

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.000,00

Local de Prestação: **SÃO CARLOS** - **SP** | Local de Incidência : **SÃO CARLOS**

Cod. CNAE: 8211300 - Ativ. Serviço: 17.12 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo

Valor do INSS Retido (R$)	Valor do IRRF Retido (R$)	Valor do CSLL Retido (R$)	Valor do PIS Retido (R$)	Valor do COFINS Retido (R$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Vlr Deduções (R$)	Outras Retenções (R$)	Base de Cálculo do ISS (R$)	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Valor Líquido da Nota (R$)
0,00	0,00	5.000,00	3,00	150,00	5.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: www.saocarlos.sp.gov.br/ RECEBEMOS DO(A) GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDAOS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação:
16351228TO

Número da Nota:
228

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.43
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 4376-1 - SICOOB CREDICUCAR
CONTA: 3.740-0

FAVORECIDO: EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTD
CPF/CNPJ: 03.252.819/0001-34
VALOR: R$ 110,65
DEBITO EM: 04/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110402
AUTENTICACAO SISBB: F.091.EE2.A40.709.CEE

Recebemos de EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 09/10/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 110,65

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.002.949
Série 001

EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA

RUA JOSE AUGUSTO MAZOTTI, 56, 56 - JD SAO CARLOS - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP - CEP: 13650-000
Fone: (19)3672-4889
gabrielabpapelaria@gmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000.002.949
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1003 2528 1900 0134 5500 1000 0029 4915 2341 0628

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a prazo	**135242269760520 09/10/2024 14:30:31**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
611015287114		03.252.819/0001-34

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	09/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS	13650-254		09/10/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	(16)3374-8438		14:30:27

PARCELAS

Número	: 001
Vencimento	: 09/11/2024
Valor	: R$ 110,65

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	40,70 (36,78 %)	110,65

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	110,65

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				

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	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
006642	HUB USB 3.0A 7 PORTAS PRETO UNIDADE XC-HUB-7 - FLEX	85176254	2500	5405	UN	1,00	37,00	0,00	37,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000841	PASTA SUSPENSA KRAFT COMPLETA	48209000	0500	5405	UN	25,00	1,95	0,00	48,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001911	PEN DRIVE 8GB	85235190	0102	5102	UN	1,00	24,90	0,00	24,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox R$ 23,69 Federal e R$ 17,01 Estadual Fonte: IBPT SP 2BCEA2 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional | Permite o aproveitamento do credito de ICMS de R$ 0,00.Correspondente a aliquota de 0 % nos termos do art. 23 da LC 123. PEDIDO N 49361 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:43
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO BRADESCO S.A.

23792401009000000908584001512205898910000050292
BENEFICIARIO:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD
NOME FANTASIA:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.403
DATA DE VENCIMENTO 05/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 502,92
VALOR COBRADO 502,92
==========
NR.AUTENTICACAO 1.44C.6CB.005.921.401
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Ativa

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.135.357
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1004 2749 8800 0138 5500 1000 1353 5710 2512 4400

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135242254140864 - 08/10/2024 09:01:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
R DR ORLANDO T SANTOS, 050	WILLIAMS	17402-064	

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
GARCA	SP	1836591411		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	13650-254*JARDIM SAO CARLOS	13650-254

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	05/11/2024
Valor	R$ 502,92

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	502,92

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	502,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA	0-Remetente				12.270.745/0004-00

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2,2-SP110-330	SUMARE	SP	671495090114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
12	Volumes			55,200	55,200

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
52248	ATADURA GESSADA 10CM X 3M CX C/ 20 UN CYSNE CREMER Lote: 080262428G Qt: 120 Fab: 12/07/24 Val: 12/07/27 FCI:3CDC0168-3032-4950-9454-3A4900B8BC23	90211099	540	5102	UN	120	1,7860	214,32	0,00	0,00			0,00	
52249	ATADURA GESSADA 15CMX3M CX C/ 20 PCT CYSNE CREMER Lote: 352262431G Qt: 120 Fab: 29/07/24 Val: 05/07/27 FCI:8056C656-948C-4F98-8583-99B12B451536	90211099	540	5102	UN	120	2,4050	288,60	0,00	0,00			0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
PEDIDO 364744346
Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras
PEDIDO DE COMPRA:PDC#364744346#BIONEXO
Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2512440
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 67,65 Estadual: R$ 20,82 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) Isento conforme convenio 126/10

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

Ativa

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

adesco — **RECIBO DO PAGADOR**

rio: COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	Agência/Cod.Beneficiário 2401-5/0015122-P	Data do Documento 08/10/2024	Vencimento 05/11/2024
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS -064 - GARCA-SP	Número Documento: 135357-01	Nosso Número: 00000090884	Valor: 502,92

Autenticação Mecânica

Bradesco | **237-2** | **23792.40100 90000.009085 84001.512205 8 98910000050292**

Local de Pagamento:
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO

Vencimento
05/11/2024

Beneficiário
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38

Agência/Código Beneficiário
2401-5/0015122-P

Endereço Beneficiário
RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP

Data do documento:	No. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Cart./Nosso Número
08/10/2024	135357-01	DM	N	08/10/2024	09/00000090884-6

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	09	R$			502,92

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)
PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 1,34 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 10,06
PROTESTAR APOS 2 DIAS DO VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Ficha de Compensação

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

Autenticação Mecânica

Digitalizado com CamScanner

```
18/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:05:43
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO BRADESCO S.A.
------------------------------------------------
23792401009000000908582001512209998910000126506
BENEFICIARIO:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD
NOME FANTASIA:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 04.274.988/0001-38
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          110.404
DATA DE VENCIMENTO                  05/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                    1.265,06
VALOR COBRADO                         1.265,06
================================================
NR.AUTENTICACAO            2.049.3CE.087.A8C.63E
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Ativa

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITA, 290
SANTA CRUZ DO JOSE JACQUES - 14020-680
RIBEIRAO PRETO - SP Fone Fax: 1639939100

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.135.355
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1004 2749 8800 0138 5500 1000 1353 5510 2512 4448

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135242254078589 - 08/10/2024 08:57:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
582596876113		04.274.988/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
R DR ORLANDO T SANTOS, 050	WILLIAMS	17402-064	

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
GARCA	SP	1836591411		

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	13650-254*JARDIM SAO CARLOS	13650-254

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Vcto.	05/11/2024
Valor	R$ 1.265,06

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
1.265,06	170,41	0,00	0,00	0,00	0,00	1.265,06

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.265,06

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PVN TRANSPORTES E SERVICOS LTDA	0-Remetente				12.270.745/0004-00

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD ADAUTO CAMPO DALL ORTO,2200 GP11B KM 2.2-SP110-330	SUMARE	SP	671495090114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volumes			4,620	4,620

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS
34195	BUTIL ESCOPO 20MG/ML SOL INJ 1ML (GEN) CT C/ 100 AP HIPOLABOR G+ PMC: 1.78 Lote: H-029/24 Qt: 200 Fab: 03/07/24 Val: 30/06/26 FCI:6DC200I1-4357-45C9-9B0C-E9A51669EB66	30049099	500	5102	AP	200	1,1584	231,68	231,68	27,80			12,00
49384	CETOPROFENO 50MG/ML SOL INJ IM 2ML (GEN) CT C/ 100 AP HIPOLABOR G+ PmPf: 7,55 PMC: 4.03 Lote: BG-015/24 Qt: 500 Fab: 05/09/24 Val: 31/08/26 FCI:9EE2341E-DB57-4A01-9417-7F97FD0D2F32	30049029	500	5102	AP	500	1,4466	723,30	723,30	86,80			12,00
31850	ETILEFRIL 10MG/ML SOL INJ CT 1ML C/ 6 AP UNIAO QUIMICA S+ PMC: 2.14 Lote: 2404996 Qt: 102 Fab: 06/02/24 Val: 28/02/26 Lote: 2420152 Qt: 102 Fab: 20/05/24 Val: 31/05/26 FCI:5742D63A-FB5A-4B0E-B7D3-F03DCDA7C049	30049067	500	5102	AP	204	1,5200	310,08	310,08	55,81			18,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
PEDIDO 364743317
Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras
PEDIDO DE COMPRA:PDC#364743317#BIONEXO
Vendedor: 166-ATIVA REGIAO 19 - ALEXANDRE Id Mov: 2512444
BANCO BRASIL - AG. 3370-7 C/C. 26500-4
BANCO BRADESCO - AG. 2401-5 C/C. 15122-0
PIX CNPJ: 04.274.988/0001-38
"CONFIRA A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO"
Inf. fisco:
Valor Aprox. Tributos Federal: R$ 170.15 Estadual: R$ 151.81 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

Ativa

ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
RUA HUMAITÁ, 290
Cep:14020-680 – RIBEIRAO PRETO – SP
Fone:(16)3993-9100

radesco

RECIBO DO PAGADOR

ário:	Agência/Cod.Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
A COMERCIAL HOSPITALAR LTDA	2401-5/0015122-P	08/10/2024	05/11/2024
or: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (13378) R ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 02-064 - GARCA-SP	Número Documento: 135355-01	Nosso Número: 00000090882	Valor: 1.265,06

Autenticação Mecânica

Bradesco | **237-2** | **23792.40100 90000.009085 82001.512209 9 98910000126506**

Local de Pagamento: **PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO**					Vencimento **05/11/2024**
Beneficiário **ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA- 04.274.988/0001-38**					Agência/Código Beneficiário **2401-5/0015122-P**
Endereço Beneficiário **RUA HUMAITÁ, 290 - 14020-680-RIBEIRAO PRETO-SP**					
Data do documento: **08/10/2024**	No. do documento **135355-01**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **08/10/2024**	Cart./Nosso Número **09/00000090882-P**
Uso do Banco	Carteira **09**	Espécie Moeda **R$**	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento **1.265,06**

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)
PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 3,37 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 25,30
PROTESTAR APÓS 2 DIAS DO VENCIMENTO

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Ficha de Compensação

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

Autenticação Mecânica

Digitalizado com CamScanner

```
18/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:05:44
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO BRADESCO S.A.
------------------------------------------------
23793398032428300001644000283109198910000068625
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          110.405
DATA DE VENCIMENTO                  05/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                      686,25
VALOR COBRADO                           686,25
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.BA3.880.B65.9B8.E77
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SUPERMED

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 796758
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3124 1011 2060 9900 0107 5500 1000 7967 5814 9608 2294

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131246225898362 08/10/2024 16:51:08

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMIS
08/10/2024

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

BAIRRO/DISTRITO
WILLIAMS

CEP
17402-064

DATA ENTRA
08

MUNICÍPIO
GARCA

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SA

FATURA / DUPLICATA

001 05/11/2024 686,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PROD
686,25	27,45	0,00	0,00	

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
11	CAIXA			28,13	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IP
30097	SERINGA DESC.05ML SLIP C/500-SR LT L963 (5) 06/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L963, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 15/06/2029)	90183119	100	6108	CX	5	59,7000	298,50	298,50	11,94	
30095	SERINGA DESC.03ML SLIP C/500-SR LT L942 (5) 06/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L942, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 13/06/2029)	90183119	100	6108	CX	5	49,0500	245,25	245,25	9,81	
34873	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.12 C/20-ZELARA LT 0323101001 (15) 10/2028 (Fornecedor: 4410, Lote: 0323101001, Qtde: 15 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 31/10/2028)	90183929	100	6108	CX	15	9,5000	142,50	142,50	5,70	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID: 364744346 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS ||#R15P1V10 R2P2V1 #||
ITENS 1 a 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 63,45
Pedido: 766283
Pedido Cliente: 364744346
End. Entrega: R JOVINO MARTINS DA SILVA,260, 260 - JARDIM SAO CARLOS - 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALME-SP
Operação contratada na modalidade não presencial, conforme RTA-RE Nº: 45.000033322-68

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO BRADESCO S.A.

23793398032428300003298000283105798910000070290
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.406
DATA DE VENCIMENTO 05/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 702,90
VALOR COBRADO 702,90
==========
NR.AUTENTICACAO 0.9E7.983.E52.984.F6A
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

UPERMED

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 725633
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7256 3311 7369 0924

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
a de Merc.Adq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135242258553546 08/10/2024 14:59:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
OC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
R.ORLANDO T SANTOS, 50 SALA 03	WILLIAMS	17402-064	08 OUT. 2024

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

FATURA / DUPLICATA

05/11/2024 702,90

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
582,51	97,73	0,00	0,00	696,69

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	6,21	702,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7	CAIXA			24,63	24,63

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21899	AG DESC 40 X 12 C/100-SR LT 640C5 (4) 07/-2029 (Fornecedor: 7737, Lote: 640C5, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/-2029)	90183219	400	5102	CX	4	6,3000	25,20	25,20	3,02	0,00	12,00	0,00
131	ATADURA DE GESSO 08CM X 2M C/20 FO 023-1-POLAR FIX LT 072024 (2) 06/2028 (Fornecedor: 2447, Lote: 072024, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 30/06/2028)	90211020	040	5102	CX	2	24,4600	48,92			0,00		0,00
34769	SONDA FOLEY LATEX 2VIAS C/CUFF N.16 05-1-SCC C/10-ZELARA LT 0323101001 (10) 10/2028 (Fornecedor. 4410, Lote: 0323101001, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/11/2023, Data Val: 31/10/2028)	90183921	600	5102	CX	10	18,7100	187,10	187,10	33,68	0,00	18,00	0,00
24092	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.18 C/1-0-MEDSONDA LT 77485 (5) 08/2028 (Fornecedor: 9657, Lote: 77485, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/08/2024. Data Val: 31/08/2028)	90183929	000	5102	PCT	5	10,8320	54,16	54,16	9,75	0,00	18,00	0,00
4348	SONDA URETRAL N.06 C/10-MARK MED LT 22260 (5) 08/2028 (Fornecedor: 164, Lote: 22260, Qtde. 5 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/2028)	90183929	000	5102	PCT	5	5,0400	25,20	25,20	4,54	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES
ID: 364744346 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS ||#R37V6 RJ6P27V1 #||
ITENS 2,7 Isento de ICMS conf. Convenio 126/2010
Pedido: 724766
DESCONTO DE R$ 0,02 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
ACRESCIMO FINANCEIRO DE R$ 0,02 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
Pedido Cliente: 364744346
End. Entrega: P JOVINO MARTINS DA SILVA,260, 260 - JARDIM SAO CARLOS - 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALME-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1672 / 4934-1657
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Nota....: 2 Cubagem: 0,12
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IRRF R$ 0,00 (1,20%), PIS/COFINS R$ 0,00 (3,65%) e CSLL R$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CANHOTO DA NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE

Digitalizado com CamScanner

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 725633
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

...ED

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

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7256 3311 7369 0924

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

...ÇÃO
...ktq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135242258553546 08/10/2024 14:59:52

...IL
...7

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

...UTOS / SERVIÇOS

	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT L1378 (2) 08/2029 (Fornecedor: 3118, Lote: L137-8, Qtde: 2 ,Data Fab: 23/08/2024, Data Val: 23/08/2029)	90183119	100	5102	CX	2	46,7750	93,55	93,55	11,23		12,00	
132	ATADURA DE GESSO 10CM X 3M C/20 FO 023-3-POLAR FIX LT 072024 (2) 06/2028 (Fornecedor: 2447, Lote: 072024, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 30/06/2028)	90211020	040	5102	CX	2	35,7350	71,47			0,00		0,00
33457	PAPEL GRAU CIRURGICO 600MMx100M RL-ZELARA LT 100624 (1) 06/2027 (Fornecedor: 4188, Lote: 100624, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2027)	48043990	100	5102	RL	1	191,0900	191,09	197,30	35,51	6,21	18,00	3,25

Digitalizado com CamScanner

ATIVA LOGÍSTICA

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200
PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000
SAO PAULO -SP -CEP: 02190-050

www.ativalog.com.br

CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTRC 01201936

DACTE

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

AUTORIZAÇÃO 08/10/24 17:40 | FL 1/1

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
16	005726105	RODOVIÁRIO	57	135242492462834

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
35.2410.01.125.797/0007-01-57-016-005.726.105-130.826.130-5

TIPO DO CT-E	TIPO DO SERVIÇO	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
NORMAL	NORMAL	5352 Transp a est Industrial

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
ARUJA/SP	SANTA CRUZ DAS PALME/SP	Joslasim

REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP CEP 07430-350
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700

DESTINATARIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA
END R.DR.ORLANDO T.SANTOS 50 SALA 03 WILLIAMS
MUN GARCA - SP CEP 17402-064
CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243

EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP CEP 07430-350
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700

RECEBEDOR/LOC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (..)
END R JOVINO MARTINS DA SILVA 260
260 JARDIM SAO CARLOS
MUN SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP CEP 13650-254
CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243

TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP CEP 07430-350
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700

COMPONENTES DO FRETE (R$)

FRETE PESO	37,88
FRETE VALOR	1,50
DESPACHO	10,08
GRIS	4,98
PEDAGIO	6,66
TSO	4,90
IMP REPASSADO	9,00

MERCADORIA

PROD PREDOMIN	PAPEL GRAU CIRU	
ESPECIE		CAIXAS
VALOR MERCADORIA (R$)		702,90
QTDE PARES/VOLUMES	0	7
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,1200	24,630
PESO CÁLCULO (Kg)		36,000

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		NORMAL
BASE CÁLCULO		75,00
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	0,00	12,00
VALOR ICMS		9,00
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00

FRETE TOTAL (R$) 75,00

VALOR A RECEBER (R$) 75,00

OBSERVAÇÕES

CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA CO4961999 - ROTA: SAOI/RAOR - TARIF: 040 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: JOSIAS - N PEDIDO: R37V6_724766. - Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR..

DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R$

ICMS/ISS: 9,00 PIS: 0,98 COFINS: 4,51 TOTAL: 14,49

CHAVES NF-E/CT-E

NF-E: 35241011206099000441550010007256331173690924

PIX

PLACA COLETA	TOMADOR	COBRAR	PREV.ENTREGA	NR
CPN0D74	REMET	A PRAZO	11/10/24	00142938969640 - 00142938970447

DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA

☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____

☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____

NOME COMPLETO - LEGÍVEL | RG/CPF | __/__/____ __:__ DATA/HORA | ASSINATURA/CARIMBO

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª __/__/____:__

2ª __/__/____:__

3ª __/__/____:__

SAO 484988-4
RAO / 03

PROCESSADO POR SSW.INF.BR

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO BRADESCO S.A.

23793398032428300003269000283106698910000118236
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.407
DATA DE VENCIMENTO 05/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.182,36
VALOR COBRADO 1.182,36
==========
NR.AUTENTICACAO 4.290.C2A.EC6.A08.BFD
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SUPERMED

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 725545
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7255 4511 5034 7684

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135242257465439 08/10/2024 13:22:21

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

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03	WILLIAMS	17402-064	08 OUT. 2024

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

FATURA / DUPLICATA

001 05/11/2024 1.182,36

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.182,36	146,83	0,00	0,00	1.182,36

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.182,36

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			10,30	10,30

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28593	NEOMICINA+BACITRACINA POM 15G GEN-EMS LT 4F4117 (10) 07/2026 (Fornecedor: 4588, Lote: 4F4117, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/2026)	30042069	500	5102	TB	10	2,5810	25,81	25,81	3,10		12,00	
14239	SALBUTAMOL(AEROFRIN)AEROSOL 100MCG/DOSE 200 DOSES-PHARMASCIENCE LT 2422841 (3) 06/2026 (Fornecedor: 4174, Lote: 2422841, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2026)	30049099	200	5102	FR	3	18,3000	54,90	54,90	9,88	0,00	18,00	0,00
34431	LOSARTANA 50MG 30 CP REVESTIDOS GEN HOSP-NEO QUIMICA LT B24B2456 (5) 02/2026 (Fornecedor: 1113, Lote: B24B2456, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/02/2024, Data Val: 28/02/2026)	30049069	500	5102	CX	5	1,3520	6,76	6,76	0,81	0,00	12,00	0,00
30438	RIFOTRAT SPRAY 10MG/ML FR 20ML-NATULAB LT 0027148 (6) 07/2026 (Fornecedor: 960, Lote: 0027148, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 31/07/2026)	30042031	500	5102	FR	6	4,1633	24,98	24,98	4,50		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID: 364743317 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS ||#R36P30V2 #||
Pedido: 724736
Pedido Cliente: 364743317
End. Entrega: R JOVINO MARTINS DA SILVA,260, 260 - JARDIM SAO CARLOS - 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALME-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Nota....: 2 Cubagem: 0,03
Retenções conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IRRF R$ 0,00 (1,5%), PIS/COFINS R$ 0,00 (0,65%) e CSLL R$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIAS AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CANHOTO DA NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE

Digitalizado com CamScanner

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 725545
SERIE 1
FOLHA 2/2

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

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

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7255 4511 5034 7684

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Adq de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135242257465439 08/10/2024 13:22:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
.117		11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
12098	BUT.ESCOPOL +DIPIRONA 10-AMP 5ML GEN-FARMACE LT HC23J124 (8) 10/2-025 (Fornecedor: 2385, Lote: HC23J124, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 31/10/2025)	30039099	000	5102	CX	8	133,0000	1.064,00	1.064,00	127,68		12,00	
31417	CAPTOPRIL 25MG 30CP GEN-GLOBO LT A07A00424 (4) 06/2026 (Fornecedor: 2398, Lote: A07A-00424, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2026)	30039079	000	5102	CX	4	0,8425	3,37	3,37	0,40		12,00	
31760	ABLOK 25MG 30CP-BIOLAB LT 40305733 (2) 04/2026 (Fornecedor: 2985, Lote: 40305733, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2026)	30049042	500	5102	CX	2	1,2700	2,54	2,54	0,46		18,00	

Digitalizado com CamScanner

ATIVA Logistics

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200
PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000
SAO PAULO -SP -CEP: 02190-050
www.ativalog.com.br
CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTRC 01201936

DACTE
Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

AUTORIZAÇÃO 08/10/24 14:56 | FL 1/1

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
16	005725586	RODOVIÁRIO	57	135242490823152

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
35.2410.01.125.797/0007-01-57-016-005.725.586-130.824.778-2

TIPO DO CT-E	TIPO DO SERVIÇO	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
NORMAL	NORMAL	5352 Transp a est industrial

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
ARUJA/SP	SANTA CRUZ DAS PALME/SP	JosiasIm

REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 CEP 07430-350 FONE (11)49341700

DESTINATARIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA
END R.DR.ORLANDO T.SANTOS 50 SALA 03 WILLIAMS
MUN GARCA - SP
CNPJ 45.349.461/0001-02 IE CEP 17402-064 FONE (18)36591243

EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 CEP 07430-350 FONE (11)49341700

RECEBEDOR/LOC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (..)
END R JOVINO MARTINS DA SILVA 260
260 JARDIM SAO CARLOS
MUN SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP
CNPJ 45.349.461/0001-02 IE CEP 13650-254 FONE (18)36591243

TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 CEP 07430-350 FONE (11)49341700

ANVISA

OBSERVAÇÕES

CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA CO4961999 - ROTA: SAOI/RAOR - TARIF: 040 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: JOSIAS - N PEDIDO: R36P30V2_724736. - Tratamento de dados pessoais poda ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR..

COMPONENTES DO FRETE (R$)

FRETE PESO	32,98
FRETE VALOR	2,53
DESPACHO	10,08
GRIS	4,98
PEDAGIO	6,66
TSO	4,90
IMP REPASSADO	8,47
FRETE TOTAL (R$)	70,60

MERCADORIA

PROD PREDOMIN		BUT.ESCOPOL.DIP
ESPECIE		CAIXAS
VALOR MERCADORIA (R$)		1.182,36
QTDE PARES/VOLUMES	0	2
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,0300	10,300
PESO CÁLCULO (Kg)		10,300

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		NORMAL
BASE CÁLCULO		70,60
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	0,00	12,00
VALOR ICMS		8,47
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00
VALOR A RECEBER (R$)		70,60

DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R$
ICMS/ISS: 8,47 PIS: 0,92 COFINS: 4,22 TOTAL: 13,61

CHAVES NF-E/CT-E
NF-E: 35241011206099000441550010007255451150347684

PIX

18

PLACA COLETA	TOMADOR	COBRAR	PREV.ENTREGA	NR
AQH4652	REMET	A PRAZO	11/10/24	00142933064301 - 00142933064600

DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA

☐ CAIXA LACRADA ☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA ☐ FALTANDO OS ITENS: _____
☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS ☐ CAIXA VIOLADA _____

NOME COMPLETO - LEGÍVEL | RG/CPF | __/__/____:__ DATA/HORA | ASSINATURA/CARIMBO

TENTATIVAS DE ENTREGA
1ª __/__/__ - __:__
2ª __/__/__ - __:__
3ª __/__/__ - __:__

SAO 484737-7
RAO / 03

PROCESSADO POR SSW.INF.BR

QUANT.					
2	CAIXA			10,30	10,30

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO BRADESCO S.A.

23793398032428300001629000283100498910000125594
BENEFICIARIO:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.408
DATA DE VENCIMENTO 05/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.255,94
VALOR COBRADO 1.255,94
==========
NR.AUTENTICACAO 8.A61.711.CDA.5AD.B7F
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SUPERMED

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 796716
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3124 1011 2060 9900 0107 5500 1000 7967 1611 4406 9178

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131246225556540 08/10/2024 14:51:55

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍ
R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03	WILLIAMS	17402-064	00/00/00

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

FATURA / DUPLICATA

001 05/11/2024 1.255,94

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.255,94	150,71	0,00	0,00	1

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			6,95	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI
16625	AMINOFILINA 240MG 100AMP 10ML GEN-FARMACE LT AF23H020 (2) 08/2025 (Fornecedor: 2385, Lote: AF23H020, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/-2023, Data Val: 31/08/2025)	30039069	000	6108	CX	2	318,1400	636,28	636,28	76,35	0,00
8983	CIMETIDINA(HYCIMET)300MG 100AMP 2ML-HYPO-FARMA LT 24020069 (3) 02/2026 (Fornecedor: 4219, Lote: 24020069, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2024, Data Val: 28/02/2026)	30049062	000	6108	CX	3	105,0000	315,00	315,00	37,80	0,00
25927	DIAZEPAM(B1) 10MG 30CP GEN. - NEO QUIMICA (PORT.344/98) LT B23B1318 (7) 02/2025 (Fornecedor: 1113, Lote: B23B1318, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/02/2023, Data Val: 28/02/20-25)	30049064	500	6108	CX	7	0,6657	4,66	4,66	0,56	0,0
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN. - HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AP-049/24M (1) 07/2026 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-0-49/24M, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2024, Da-ta Val: 31/07/2026)	30049099	000	6108	CX	1	300,0000	300,00	300,00	36,00	0,

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID: 364743317 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS ||#R3P1V1 R26P2V1 #||
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 19,18
Pedido: 766269
Pedido Cliente: 364743317
End. Entrega: R JOVINO MARTINS DA SILVA,260, 260 - JARDIM SAO CARLOS - 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALME-SP
Operação contratada na modalidade não presencial - E-PTA-RE Nº: 45.000033322-68
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090281563400700097739171998930000066000
BENEFICIARIO:
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR L
NOME FANTASIA:
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA.
CNPJ: 04.192.876/0001-38
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.409
NOSSO NUMERO 28156340000097739
CONVENIO 02815634
DATA DE VENCIMENTO 07/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 660,00
VALOR COBRADO 660,00
==========
NR.AUTENTICACAO F.B86.18A.CBF.CFF.DC8
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Recebemos de CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 08/10/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL Valor Total: 660,00

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.322.616
Série 001

CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA

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

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.322.616
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1004 1928 7600 0138 5500 1000 3226 1610 0985 2309

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC	135242260003330 08/10/2024 17:10:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ - CPF
633566329115		04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	08/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 3	JARDIM ARIANO		16400-400	08/10/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP	(18)3659-1243		17:08:58

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Posto de Atendimento Imediado (PAI)		45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**
Rua Jovino Martins da Silva 260	Jardim SAo Carlos		00000-000
MUNICÍPIO		**UF**	**TELEFONE / FAX**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS		SP	

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 322616 - Valor Original: R$ 660,00 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLiquido: R$ 660,00

PARCELAS

Número : 001
Vencimento : 07/11/2024
Valor : R$ 660,00

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
660,00	79,20	0,00	0,00	660,00

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	660,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI	0 - REMETENTE				12.270.745/0001-50
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R SAO PAULO, 41	SANTOS			SP	633751854115

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
17746	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML SOL INJ X 2 ML C.P. ANVISA 1134301560044 PMC: R$825,02 LOTE: AW-006/23 QTD: 600,00 FAB: 30/03/2023 VAL: 28/02/2025	30039049	000	5102	AMP	600,00	1,1000	0,00	660,00	660,00	79,20	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PEDIDO: 10197 / / Local Entrega: Rua Jovino Martins da Silva N 260 - - Jardim SAo Carlos - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP / Obs: ID364743317 - Entrega 09/10/2024 Colocar nos dados adicionais da nota Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R$: 88,77 Federal R$: 46,20 Estadual Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

nsdocs - https://app.nsdocs.com.br

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BANCO SICOOB S.A.

75691441110100603480300464000017198930000028844
BENEFICIARIO:
ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIR
NOME FANTASIA:
ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA SIL
CNPJ: 15.068.892/0001-30
BENEFICIARIO FINAL:
ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA SIL
CNPJ: 15.068.892/0001-30
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.410
DATA DE VENCIMENTO 07/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 288,44
VALOR COBRADO 288,44
==========
NR.AUTENTICACAO 4.5D6.36B.512.1CE.BE5
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SHOPPING DA SAÚDE

AVENIDA DO CAFE, 1370
VILA TIBERIO 14.050.220
RIBEIRAO PRETO SP
(00) 63234.0628

DANFE

Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletronica
0-Entrada 1-Saida [1]
Nº 6840 Série 001
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-e - Para Consulta de autencidade no portal nacional da NF-e WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR ou no site da SEFAZ da autorizadora
35-24.10-15.068.892/0001-30-55-001-000.006.840-100.007.499-7

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Vendas	135242257197226 08/10/2024 12:58:02h

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
582882460117	000000000	15.068.892/0001.30

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	Código Cliente	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	004871	45.349.461/0001.02	08/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA / ENTRADA
DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	WILLIAMS	17.402.064	08/10/2024

MUNICIPIO	UF	FONE / FAX	INSC. ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
GARÇA	SP	(14) 88801.7499	ISENTO	12:57h

FATURA/DUPLICATAS

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
000006840	07/11/2024	288,44						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP.IMPORT.	VALOR PIS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	288,44

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**288,44**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-Remetente(CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
72	VOLUMES				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UN.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
8511	FIO NYLON 4-0 AG 3/8 3,0CM NL40CT30ES3 BIOLINE	30061090	0.102	5.102	UN	72,0000	4,00610	0,00	288,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO Nº364744346.1 CONTRATO GESTÃO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS SP // Cond.Pgto.: 30 DIAS BCO.: 756 - SICOOB S/A // I- ME/EPP optante pelo Simples Nacional * II- Não gera credito fiscal de IPI/ICMS conf lei 123/2006 // Valor aprox.dos Tributos R$ 73,40 (25,45%) Fonte: IBPT // ICMS PAGO ANTERIORMENTE POR SUBSTITUIÇÃO. - 8511

RESERVADO AO FISCO

Pedido	35.879	Vendedor	1	Pedido compra

DATA E HORA DA IMPRESSÃO 08/10/2024 AS 12:57:02h

Versão 03.02.00 NF-e 4.0 Desenvolvido por WWW.FLATAN.COM.BR

Jaqueline 10/10/24

SICOOB

Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA SILVA	15.068.892/0001-30	07/11/2024	288,44
DO CAFÉ 1370		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
VILA TIBÉRIO		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Ribeirão Preto - SP	14050-220	Data de Emissão 08/10/2024	(=) Valor cobrado
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)		Coop Contr/Cód. Beneficiário	4411/60348
A partir 08/11/2024 Juros 0,33%/dia		Nosso Número	4640-0
A partir 08/11/2024 multa de 5,00%			
Não conceder desconto.			

Dados do Pagador

Nome do pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Número do Documento: 6840
Endereço: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50		
Bairro / Distrito: WILLIAMS		
Município: GARÇA	UF: SP	CEP: 17402-064
Mensagem Pagador		

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

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

SICOOB | 756 | 75691.44111 01006.034803 00464.000017 1 98930000028844

Local de pagamento: PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					Vencimento: 07/11/2024
Beneficiário: ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA SILVA 15.068.892/0001-30					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário: 4411/60348
Data do documento: 08/10/2024	N. documento: 6840	Espécie: DM	Aceite: N	Data processamento: 08/10/2024	Nosso número: 4640-0
Uso do Banco	Carteira: 1 / Espécie: R$	Quantidade: 0,00		Valor	Valor documento: 288,44
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
A partir 08/11/2024 Juros 0,33%/dia					(-) Outras deduções
A partir 08/11/2024 multa de 5,00%					(+) Mora / Multa
Não conceder desconto.					(+) Outros acréscimos
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 4411 SICOOB COOPERAC					(=) Valor cobrado
Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02 RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 WILLIAMS GARÇA - SP 17402-064					
Beneficiário Final ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA SILVA ME 15.068.892/0001-30					

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

Digitalizado com CamScanner

```
18/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:05:44
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
------------------------------------------------
74891124120025703032006122321042898940000051600
BENEFICIARIO:
MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADE
NOME FANTASIA:
MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADE
CNPJ: 11.551.309/0001-96
BENEFICIARIO FINAL:
MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADE
CNPJ: 11.551.309/0001-96
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          110.411
DATA DE VENCIMENTO                  08/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                      516,00
VALOR COBRADO                           516,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.38E.999.47B.B97.E49
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECEBEMOS DE Master Rótulos e Etiquetas Adesivas Ltda OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.003.065
SÉRIE: 1

Master Rótulos e Etiquetas Adesivas Ltda

Rua Ambrógio Margutti, 373 - Barracão - Santa Terezinha, Santa Cruz das Palmeiras, SP - CEP: 13657360

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº 000.003.065
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 5513 0900 0196 5500 1000 0030 6511 0180 0005

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
5101	135242313365997 - 14/10/2024 15:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
611084340110		11.551.309/0001-96

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil			45.349.461/0021-56	14/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
Rua Jovino Martins da Silva, 260 -	Jardim São Carlos		13650-254	14/10/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Santa Cruz das Palmeiras	1936729069	SP		14:15

FATURA

/ Num.: 3065 / V. Orig.: 516,00 / V. Liq.: 516,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	516,00

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	516,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
0223	PAI F/133 Etiqueta Branca Couche	48211000	0102	5101	UN	15 000,0000	0,0296	444,00					
0007	Ribbon Cera 110x74	96121000	0102	5102	UN	8,0000	9,0000	72,00					

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Santa Cruz das Palmeiras

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Duplicata - Num.: 001, Venc.: 08/11/2024, Valor: 516,00 Informações Adicionais de Interesse do Fisco: I - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL II- NÃO GERA DIREITO À CRÉDITO FISCAL DE IPI III- PERMITE O APROVEITAMENTO DO CRÉDITO DE ICMS NO VALOR DE R$ 13,20; CORRESPONDENTE A ALÍQUOTA DE 2,56 %, NOS TERMOS DO ART. 23 DA LC 123/2006. Contrato de gestão 89/2024 Prefeitura Municipal de	

INFORMATIVO

Sicredi | 748-X | **Recibo do Pagador**

Local de Pagamento: **Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.**					Vencimento: **08/11/2024**
Beneficiário: **MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADE**				CNPJ/CPF: **11551309000196**	Agência / Código do Beneficiário: **3032.06.12232**
Data do Documento: **14/10/2024**	Nº do Documento: **3065**	Espécie Doc.: **DMI**	Aceite: **S**	Data de Processamento: **14/10/2024**	Nosso Número / Cód. do Documento: **24/100257-0**
Espécie Moeda: **REAL**	Quantidade Moeda:	Valor Moeda:			(=) Valor do Documento: **R$516,00**

Instruções

MULTA DE 2% E JUROS DE 0,33% AO DIA. SUJEITO A PROTESTO.

APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2.00 %.
APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R$ 1.70.

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

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR - 45349461002156**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS SP 13650254
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, NO 260 -

Beneficiario Final: -

Código de Baixa

Recebimento através do cheque Nº:
Do banco:
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.
Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.

Sicredi | 748-X | **74891.12412 00257.030320 06122.321042 8 98940000051600**

Local de Pagamento: **Preferencialmente em canais eletrônicos da sua instituição financeira.**					Vencimento: **08/11/2024**
Beneficiário: **MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADE**				CNPJ/CPF: **11551309000196**	Agência / Código do Beneficiário: **3032.06.12232**
Data do Documento: **14/10/2024**	Nº do Documento: **3065**	Espécie Doc.: **DMI**	Aceite: **S**	Data de Processamento: **14/10/2024**	Nosso Número: **24/100257-0**
Espécie Moeda: **REAL**	Quantidade Moeda:	Valor Moeda:			(=) Valor do Documento: **R$516,00**

Instruções

MULTA DE 2% E JUROS DE 0,33% AO DIA. SUJEITO A PROTESTO.

APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2.00 %.
APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R$ 1.70.

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

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR - 45349461002156**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS SP 13650254
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, NO 260 -

Beneficiario Final: -

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399004098330000002923122001011798940000169097
BENEFICIARIO:
S E COMERCIO DE PRODUTOS QUIMI
NOME FANTASIA:
S E COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS D
CNPJ: 59.863.977/0001-85
BENEFICIARIO FINAL:
S E COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS D
CNPJ: 59.863.977/0001-85
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.412
DATA DE VENCIMENTO 08/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 04/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.690,97
VALOR COBRADO 1.690,97
==========
NR.AUTENTICACAO 3.80B.86C.C79.B80.6E8
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Recebemos de S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU EIRELI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 - JARDIM SAO CARLOS - SANTA CRUZ DA
Emissão: 14/10/2024 Valor Total: R$ 1.690,97.

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.050.409
Série 001

S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU EIRELI

R RUBENS GARCIA, 2119 - LOTEAMENTO MARIO LUIZ RODRIGUES DO PRADO -
BAURU - SP - CEP: 17023-874
Fone: (14)99652-0979

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000.050.409
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1059 8639 7700 0185 5500 1000 0504 0912 0618 3736

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de produção do estabelecimento	**135242309153489 14/10/2024 09:35:28**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
209263984111		59.863.977/0001-85

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	14/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JD ARIANO		16400-400	14/10/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP			09:32:05

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL (POSTO ATEND IMEDIATO)		45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260	JARDIM SAO CARLOS		13650-254
MUNICÍPIO		**UF**	**TELEFONE / FAX**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS		SP	

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 0 - Valor Original: R$ 1.690,97 - Valor Desconto: R$ 0,00 - Valor Líquido: R$ 1.690,97

PARCELAS

Número	001
Vencimento	08/11/2024
Valor	R$ 1.690,97

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
1.690,97	304,37	0,00	0,00	1.623,00

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	67,97	1.690,97

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ALFA TRANSPORTES EIRELI	0 - REMETENTE				82.110.818/0011-01
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
Avenida José Fortunato Molina, 2	BAURU			SP	209424213111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	VOLUME			122,000	122,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
41084504	TM 4108 DESINFETANTE CONCENTRADO S/ FRAG. (AL) 05 LT CAIXA 04 UNID. - Val Aprox Tributos: 287,27 (33,02%)	38089419	000	5101	CX	3,0000	290,00000	0,00	870,00	913,50	164,43	43,50	18,00	5,00
54204500R	TM 5420 R DETERGENTE ALCALINO 05 LT CAIXA 04 UNID. - Val Aprox Tributos: 31,63 (4,20%)	34025000	000	5101	CX	3,0000	251,00000	0,00	753,00	777,47	139,94	24,47	18,00	3,25

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Boleto O.S./ Pedidos: 5911 END DE ENTREGA: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP Tributos aproximados R$ 162,30 Fed., R$ 156,60 Est., R$ 0,00 Mun. Fonte: IBPT 24.2.C	CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 14/10/2024 09:35:32

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

Banco Santander | 033-7 | Comprovante de Entrega

Beneficiário: S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU EIRELI		Agência / Código do Beneficiário: 0004-0/0040833	Motivo de não entrega. (Para uso da empresa entregadora)
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		Nosso Número: 000000223122 0	( ) Mudou-se ( ) Ausente ( ) Não existe No ( ) Recusado ( ) Não procurado ( ) Endereço insuficiente ( ) Desconhecido ( ) Falecido ( ) Outros (anotar no verso)
Vencimento: 08/11/2024	Número do Documento: 50409/1	Espécie: R$ / Valor do Documento: 1.690,97	
Recebemos o Título com as caracteristicas acima	Data	Assinatura	Data / Assinatura
Local de pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento			Data do processamento: 14/10/2024

Banco Santander | 033-7 | Recibo do Pagador

Beneficiário: S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU EIRELI	CNPJ/CPF: 59.863.977/0001-85	Pagador	Vencimento: 08/11/2024
Endereço Beneficiário: R RUBENS GARCIA 2119, - LOTEAMENTO MARIO LUIZ RODRIGUES DO PRADO - Bauru/SP 17023-874			

Nosso Número: 000000223122 0	Carteira: 101	Espécie: R$	Quantidade		(x) Valor	Agência / Código do Beneficiário: 0004-0/0040833
Data do Documento: 14/10/2024	Número do Documento: 50409/1		Espécie Documento: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 14/10/2024	(=) Valor do Documento: 1.690,97

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 5% + MORA DIARIA DE 0,03%
Cobrar juros de R$ 0,51 por dia de atraso para pagamento .
Cobrar multa de 5,00% para pagamento após o vencimento.

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

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL — CPF / CNPJ: 45349461000102

Endereço: AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - - JD ARIANO - 16400400 - LINS / SP

Beneficiário Final: — CPF / CNPJ: — Código de Baixa

Autenticação Mecânica

Banco Santander | 033-7 | 03399.00409 83300.000029 23122.001011 7 98940000169097

Local de pagamento: Pagável em qualquer banco até o vencimento						Vencimento: 08/11/2024
Beneficiário: S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU EIRELI				CNPJ / CPF: 59.863.977/0001-85		Agência / Código do Beneficiário: 0004-0/0040833
Endereço Beneficiário: R RUBENS GARCIA 2119, - LOTEAMENTO MARIO LUIZ RODRIGUES DO PRADO - Bauru/SP 17023-874						Nosso Número: 000000223122 0
Data do Documento: 14/10/2024	Número do Documento: 50409/1		Espécie Doc.: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 14/10/2024	(=) Valor do Documento: 1.690,97
Uso do Banco	Carteira: 101	Espécie: R$	Quantidade		Valor	(-) Desconto

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o BENEFICIÁRIO.

APÓS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 5% + MORA DIARIA DE 0,03%
Cobrar juros de R$ 0,51 por dia de atraso para pagamento .
Cobrar multa de 5,00% para pagamento após o vencimento.

(-) Outras Deduções/Abatimento
(+) Mora/Multa/Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL — CPF / CNPJ: 45349461000102

Endereço: AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 -
JD ARIANO
16400400 - LINS / SP

Beneficiário Final: — CPF / CNPJ: — Código de Baixa

Autenticação Mecânica / **FICHA DE COMPENSAÇÃO**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.44
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202411041928023440440 34
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$1.016,00
TARIFA: R$0,00
DATA: 04/11/2024 - 16:40:23

PAGO PARA: Precision Comercial Distribuid
CNPJ: 30.461.442/0001-04
CHAVE PIX: 30461442000104
INSTITUICAO: 71328769 SICOOB COCRED CC
AGENCIA: 3214 - CONTA: 00000000000000516970
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 04/11/2024 - 16:40:25

==========

DOCUMENTO: 110413
AUTENTICACAO SISBB: F.B04.3A0.77C.4EB.ACA

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Precision hospitalar

PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA
VIA ANHANGUERA KM, 307 - L-11 GP02
PQ RESID CANDIDO PORTINARI - 14093-500
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1632369010
www.precisionhospitalar.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.016.941
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1030 4614 4200 0449 5500 1000 0169 4110 1740 9310

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	135242248882828 - 07/10/2024 18:00:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
121717155116		30.461.442/0004-49

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	07/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
LINS	SP	1135728740		

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	04/11/2024
Valor	R$ 1.016,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.-FCP	TOTAL PRODUTOS
1.016,00	121,92	0,00	0,00	0,00	0,00	1.016,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.016,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PVN AGENCIAMENTO DE TRANSPORTE EIRELI	0-Remetente				12.270.745/0004-00

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD ADAUTO CAMPO DALL'ORTO,2200	SUMARE	SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Volumes			4,374	4,374

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
15312	BROMOPRIDA 10MG/2ML SOL INJ CX/50 AMP (IM/IV) FRESENIUS G+ Lote: 78SG3340 Qt: 8 Val: 03/08/25 FCI:5308B2CA-C136-420A-9785-7B8214997293	30049045	500	5102	CX	8	65,0000	520,00	520,00	62,40			12,00	
14990	CLORIDRATO DE MIDAZOLAM 5MG/ML C/3ML (15MG) CX/100 AMP (IV/IM/RETAL)*** HIPOLABOR/B1 G- Lote: AP-103/23 Qt: 1 Val: 30/11/25 FCI:1A4ACBF1-AC37-407E-A904-A69C558DA855	30049099	500	5102	CX	1	175,0000	175,00	175,00	21,00			12,00	
15027	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA 4MG/ML C/2,5ML (10MG) CX/50 AMP HYPOFARMA G+ Lote: 23111250 Qt: 6 Val: 30/11/25	30043290	000	5102	CX	6	53,5000	321,00	321,00	38,52			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: PDC#364743317#BIONEXO Endereco de entrega Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim SAo Carlos cidade Santa Cruz das Palmeiras SP. Posto de Atendimento Imediato (PAI) Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras PEDIDO DE COMPRA:PDC#364743317#BIONEXO Vendedor: 13-JOAO PAULO DE OLIVEIRA Id Ped: 1740904 Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R$ 136,65 Estadual: R$ 121,92 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT (A) GENERICO artigo 54, inciso XIX do RICMS/SP.	

Digitalizado com CamScanner

SICOOB

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA	Cód.Cooper./Cód.Beneficiário 3214/401110-4	Data do Documento 07/10/2024	Vencimento 04/11/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (6276) AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 - JARDIM ARIANO 16400-400 - LINS-SP	Número Documento: 16941-01	Nosso Número: 0008387	Valor do Documento: 1.016,00

Autenticação Mecânica

SICOOB | **756-7** | **75691.32140 01401.110406 00838.700011 1 98900000101600**

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/11/2024
Beneficiário PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA- 30.461.442/0004-49					Cód.Cooper./Cód.Beneficiário 3214/401110-4
Data do documento: 07/10/2024	No. do documento 16941-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 07/10/2024	Nosso Número 0008387-0
Uso do Banco	Carteira 1 / Espécie Moeda R$	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento 1.016,00

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,34 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 20,32
ATENÇÃO:
Informamos que a Precision Hospitalar centralizará TODOS os recebimentos de notas fiscais faturadas pelo CNPJ da filial 30.461.442/0004-49, seja através de boletos, depósitos, ou PIX, em conta corrente no CNPJ da matriz 30.461.442/0001-04.
Sujeito a protesto após 10 do vencimento.

(-) Descontos/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (6276)
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 - JARDIM ARIANO
16400-400 - LINS-SP

45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Digitalizado com CamScanner

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:44
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10491234644600010004300010001378598890000399332
BENEFICIARIO:
PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA
NOME FANTASIA:
PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
CNPJ: 54.719.688/0001-93
BENEFICIARIO FINAL:
PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
CNPJ: 54.719.688/0001-93
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 110.501
DATA DE VENCIMENTO 03/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 05/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 3.993,32
VALOR COBRADO 3.993,32
==========
NR.AUTENTICACAO 7.943.B6E.2B7.E7D.BD4
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECEBEMOS DE PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e **Nº 000013** **Série 1**
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
Rua Madre Francesinha, 38, Vila Virginia
14.030-488 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 98100-5303 - PROMEDIRP.VENDAS@GMAIL.COM

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]

Nº 000013
SERIE: 1
Página: 1 de 2

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 1054 7196 8800 0193 5500 1000 0000 1314 5121 4735

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

Natureza da operação		Protocolo de autorização de uso
Venda de mercadoria a não contribuinte		135242453983100 30/10/2024 10:57:18
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
135905047118		54.719.688/0001-93

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02		30/10/2024
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50	Williams	17.402-064	30/10/2024
Município	**UF**	**Fone/Fax**	**Hora saída**
Garça	SP	(16) 3374-8438	10:57:18

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	31/10/2024	11.979,96						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.979,96

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	11.979,96

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
0				0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	NQA-SPO7001C SENSOR DE OXIMETRIA CLIP	90189099	0102	5.102	UN	6,00	383,00	2.298,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	NQA-E027 CABO ECG 5 VIAS	90181990	0102	5.102	UN	6,00	337,66	2.025,96	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	NQA-SPO7001Y SENSOR OXIMETRIA TIPO Y	90189099	0102	5.102	UN	6,00	383,00	2.298,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	NQA-SPO7006C SENSOR OXIMETRIA CLIP	90189099	0102	5.102	UN	6,00	393,00	2.358,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	BRACADEIRA PNI ADULTO	90181990	0102	5.102	UN	6,00	128,00	768,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	BRACADEIRA PNI OBESO	90181990	0102	5.102	UN	6,00	136,00	816,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	BRACADEIRA PNI PEDIATRICA	90181990	0102	5.102	UN	6,00	118,00	708,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

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

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Empresas optante pelo Simples Nacional. Pix CNPJ: 54719688000193 (Em caso de emissão de boleto, o pagamento deverá ser realizado impreterivelmente através do mesmo). Total aproximado de tributos: R$ 599,00 (5,00%) . Contrato de gestão 089/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras. Endereço de entrega Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim São Carlos - Santa Cruz das Palmeiras - SP. Posto de Atendimento Imediado (PAI).	

30/10/2024 10:58:20

PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA
Rua Madre Francesinha, 38, Vila Virginia
14.030-488 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 98100-5303 - PROMEDIRP.VENDAS@GMAIL.COM

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]

Nº 000013
SERIE: 1
Página: 2 de 2

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 1054 7196 8800 0193 5500 1000 0000 1314 5121 4735

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

Natureza da operação		Protocolo de autorização de uso
Venda de mercadoria a não contribuinte		135242453983100 30/10/2024 10:57:18
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
135905047118		54.719.688/0001-93

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	BRACADEIRA PNI NEONATAL	90181990	0102	5.102	UN	6,00	118,00	708,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

104-0 10491234644600010004300010001378598890000399332

Beneficiário	CPF/CNPJ	Ag. / Cód. do Beneficiário
PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA	54.719.688/0001-93	2949 / 1234646

Endereço do Beneficiário	UF	CEP
MADRE FRANCESINHA, n° 38, , VILA VIRGINIA, RIBEIRAO PRETO	SP	14030-488

Data do documento	Nº documento	Aceite	Data do processamento	Nosso Número
30/10/2024	100013	NAO	30/10/2024	14000000000100013 - 1

Pagador	CPF/CNPJ
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02

Endereço do Pagador	UF	CEP
RUA DR ORLANDOTHIAGO SANTOS, n° 50, , WILLIAMS, GARCA	SP	17402-064

Sacador / Avalista	CPF/CNPJ
	00.000.000/0000-00

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 2,66 REAIS AO DIA
MULTA : 79,86 REAIS A PARTIR DE 05/11/2024

Carteira	Espécie DOC	**Vencimento**	**Valor do documento**	Valor Cobrado
RG	DM	03/11/2024	3.993,32	

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

Autenticação Mecânica - **Recido do Pagador**

104-0 10491234644600010004300010001378598890000399332

Local De Pagamento
PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE

Vencimento
03/11/2024

Beneficiário: PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA	54.719.688/0001-93	Ag. / Cód. do Beneficiário
MADRE FRANCESINHA, n° 38, , VILA VIRGINIA, RIBEIRAO PRETO		2949 / 1234646

Data do documento	Nº documento	Espécie Doc	Aceite	Data do processamento	Nosso Número
30/10/2024	100013	DM	NAO	30/10/2024	14000000000100013 - 1

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Qtde. moeda	Valor	**(=) Valor do Documento**
	RG	REAL			**3.993,32**

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 2,66 REAIS AO DIA
MULTA : 79,86 REAIS A PARTIR DE 05/11/2024

(-) Desconto
0,00

(-) Outras Deduções/Abatimento
0,00

(+) Mora/Multa/Juros
0,00

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado
0,00

Pagador: ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Endereço: RUA DR ORLANDOTHIAGO SANTOS, n° 50, , WILLIAMS, GARCA	UF: SP CEP: 17402-064
Sacador/Avalista:	CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

06/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:27:38
306203062 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 06/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.198.000.019.590
VALOR TOTAL 5.000,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CHRISTIANE A
AGENCIA: 3198-4 CONTA: 19.590-1
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO B.853.A72.03F.71E.DE9

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARíLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota - Serie
000000000604 - 1

Autenticidade
6HFH-R33O

Data de Emissão
04/11/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: CHRISTIANE FONSECA SOCIEDADE INDIVIDUAL ADVOCACIA
CPF/CNPJ: 27.969.537/0001-10 **IM:** 71694 **IE:** **Fone:** 34173042
End: : ANTÔNIO PEREIRA DA SILVA,101 A- CEP: 17520460
Município: MARÍLIA **UF:** SP **E-mail:**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0021-56 **IM:** **IE:** **Fone:** (16) 3374-8438
Endereço: r: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA,260 JARDIM SÃO CARLOS - CEP: 13650254
Município: SANTA CRUZ DAS **Pais:** **UF:** SP **E-mail:** CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Assessoria jurídica
Contrato de Gestão 089/2024
Prefeitura de Santa Cruz das Palmeiras
01/10/2024 a 31/10/2024

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: http://www.marilia.sp.gov.br

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço
1714 - ADVOCACIA.

I.N.S.S. (R$)	I.RENDA (R$)	PIS (R$)	COFINS (R$)	CSLL (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R$)	Valor Total da Nota (R$)
0,00	**5.000,00**	**2,8588%**	**142,94**	**5.000,00**

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 5.000,00

```
06/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:27:38
306203062          SEGUNDA VIA              0005
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 06/11/2024
NR. DOCUMENTO               553.341.000.024.810
VALOR TOTAL                             5.000,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: 56.425.041 V COLETTI
AGENCIA: 3341-3          CONTA:         24.810-X
NR. DOCUMENTO               553.062.000.037.470
================================================
NR.AUTENTICACAO           0.ABD.4BE.E1C.310.E22
```

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35463062256425041000184000000000000324107863257374

Número da NFS-e 3	**Competência da NFS-e** 30/10/2024	**Data e Hora da emissão da NFS-e** 30/10/2024 10:04:15	
Número da DPS 3	**Série da DPS** 900	**Data e Hora da emissão da DPS** 30/10/2024 10:04:14	

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

EMITENTE DA NFS-e

Prestador do Serviço	**CNPJ / CPF / NIF** 56.425.041/0001-84	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** (19) 9999-9999
Nome / Nome Empresarial 56.425.041 VALDIR COLETTI		**E-mail** SEBRAEAQUISCP@GMAIL.COM	
Endereço DOS JATOBAS, 71, JARDIM MARIA MORO		**Município** Santa Cruz das Palmeiras - SP	**CEP** 13652-206
Simples Nacional na Data de Competência Optante - Microempreendedor Individual (MEI)		**Regime de Apuração Tributária pelo SN** -	

TOMADOR DO SERVIÇO

	CNPJ / CPF / NIF 45.349.461/0021-56	**Inscrição Municipal** -	**Telefone** -
Nome / Nome Empresarial ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		**E-mail** CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR	
Endereço JOVINO MARTINS DA SILVA, 260, JARDIM SAO CARLOS		**Município** Santa Cruz das Palmeiras - SP	**CEP** 13650-254

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional 14.05.01 - Restauração, recondicionamento, acondicionamento, pintura...	**Código de Tributação Municipal** -	**Local da Prestação** Santa Cruz das Palmeiras - SP	**País da Prestação** -
Descrição do Serviço MANUTENÇÃO - LIMPEZAS EM GERAIS			

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN Operação Tributável	**País Resultado da Prestação do Serviço** -	**Município de Incidência do ISSQN** Santa Cruz das Palmeiras - SP	**Regime Especial de Tributação** Nenhum
Tipo de Imunidade -	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN** Não	**Número Processo Suspensão** -	**Benefício Municipal** -
Valor do Serviço R$ 5.000,00	**Desconto Incondicionado** -	**Total Deduções/Reduções** -	**Cálculo do BM** -
BC ISSQN -	**Alíquota Aplicada** -	**Retenção do ISSQN** Não Retido	**ISSQN Apurado** -

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

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

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço R$ 5.000,00	**Desconto Condicionado** R$	**Desconto Incondicionado** R$	**ISSQN Retido** -
IRRF, CP,CSLL - Retidos R$ 0,00	**PIS/COFINS Retidos** -		**Valor Líquido da NFS-e** **R$ 5.000,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

06/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:38:23
306203062 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 06/11/2024
NR. DOCUMENTO 556.805.000.040.221
VALOR TOTAL 1.912,29
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIANA B M S M LTDA
AGENCIA: 6805-5 CONTA: 40.221-4
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 7.A93.665.500.E4E.A54

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 57 Série 1, emitido em 28/10/2024

20241105u39405498000108

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000442	**28/10/2024 23:25:49**	**H8PB-BJUW**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **39.405.498/0001-08** Inscrição Municipal: **6.726.842-0**

Nome/Razão Social: **MARIANA BAPTISTELLA MAZZOTTI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Endereço: **R JEROAQUARA 406, APT 172 - VILA ROMANA - CEP: 05047-010**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CPF/CNPJ: **45.349.461/0021-56** Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **Rua Rua Jovino Martins da Silva 260 - Jardim São Carlos - CEP: 13650-254**

Município: **São Paulo** UF: **SP** E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/09/2024 ATÉ 30/09/2024 NAS UNIDADES:
- U.B.S. DR. MENDES LOCALIZADA NA RUA NICOLA SARPA, Nº 207, JD. DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 25 ATENDIMENTOS
- POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA , LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 23 ATENDIMENTOS
TOTAL: 48 ATENDIMENTOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS PELA SÓCIA DRA. MARIANA BAPTISTELLA MAZZOTTI- CRM 151.739 . CONFORME LEI Nº 12741/2012, O PERCENTUAL DE 13,33%

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 2.037,60

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	30,56	20,38	61,13	13,24

Código do Serviço

04030 - Medicina e biomedicina.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	2.037,60	2,00%	40,75	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e não gera crédito pois o tomador não possui inscrição municipal em São Paulo; (3) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 57 Série 1, emitido em 28/10/2024; (4) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2024;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

CARTA DE CORREÇÃO

Nº 2 - ANEXADA EM 14/11/2024

20241114439405498000108

Número da Nota	**00000442**
Data e Hora de Emissão	**28/10/2024 23:25:49**
Código de Verificação	**H8PB-BJUW**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **39.405.498/0001-08** Inscrição Municipal: **6.726.842-0**

Nome/Razão Social: **MARIANA BAPTISTELLA MAZZOTTI SERVICOS MEDICOS LTDA**

Endereço: **R JEROAQUARA 406, APT 172 - VILA ROMANA - CEP: 05047-010**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CPF/CNPJ: **45.349.461/0021-56** Inscrição Municipal: ----

Endereço: **Rua Rua Jovino Martins da Silva 260 - Jardim São Carlos - CEP: 13650-254**

Município: **São Paulo** UF: **SP** E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

DESCRIÇÃO

SERVIÇOS MEDICOS NA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DURANTE O PERIODO DE 01/09/2024 ATE 30/09/2024 NAS UNIDADES:
- U.B.S. DR. MENDES LOCALIZADA NA RUA NICOLA SARPA, Nº 207, JD. DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 25 ATENDIMENTOS
- POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA , LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 23 ATENDIMENTOS
TOTAL: 48 ATENDIMENTOS

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 2.037,60
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 39.405.498/0001-08
EMPRESA: MARIANA BAPSTELLA MAZZOTTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
BANCO: Brasil - Cód. 001
AGÊNCIA: 6805-5
C/C: 40221-4

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3º, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

COFINS	CSLL	INSS	IRPJ	PIS
R$ 61,13	R$ 20,38	R$ 0,00	R$ 30,56	R$ 13,24

NOTA EXPLICATIVA

A **Carta de Correção,** em acordo ao art. 4º da Instrução Normativa SF/SUREM 022, de 09/10/2007, permite a regularização de erro ocorrido na emissão de NFS-e, **DESDE QUE O ERRO NÃO ESTEJA RELACIONADO COM:**

I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, valor das deduções, código de serviço, diferença de preço, quantidade e valor da prestação de serviços;
II - a correção de dados cadastrais que implique qualquer alteração do prestador ou tomador de serviços;
III - o número da nota e a data de emissão;
IV - a indicação de isenção ou imunidade relativa ao ISS;
V - a indicação da existência de ação judicial relativa ao ISS;
VI - a indicação do local de incidência do ISS;
VII - a indicação da responsabilidade pelo recolhimento do ISS;
VIII - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços – RPS.

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8976	ACILEY TUANI VICHINHSK	462.583.658-17	18304-0	2.973,04
8979	ALEX HENRIQUE GONCALVES	426.718.018-07	24890-8	2.983,11
8977	ALICE CRISTINA GALIMBERTI BLEM	369.276.088-42	24451-1	3.002,16
8978	ALINE CAMILA ROSA MALAFATTI	375.813.788-88	24460-0	1.737,76
8980	ANA CLAUDIA BEZERRA DA SILVA	439.114.488-30	24805-3	2.111,64
8956	ANA LAURA MARGUTTI VISENTAINE	418.647.908-90	24911-4	2.194,51
8981	ANA PAULA MARQUES	168.049.138-50	24449-X	1.941,59
8969	ANGÉLICA BARBOSA GOMES	328.639.848-96	113788-3	801,79
8983	BIANCA LUIZA QUADRELLI	508.897.608-96	23.079-0	1.643,17
8957	BRUNA MARIA DE SOUZA DENARDI	453.863.528-65	106604-8	3.767,28
8955	CAMILA BERNADOCHI	368.829.488-28	24.480-5	3.616,85
8984	CARLOS ROBERTO TEIXEIRA	071.079.588-28	12913-5	2.929,85
9010	CAROLINA RUFFO CASTRO	390.738.018-50	22348-4	231,84
8985	CIBELE DE SOUZA LIMA	492.203.268-17	24468-6	1.386,18
8986	CINTIA APARECIDA MENDES	351.513.648-71	109.280-4	3.364,80
8987	DANIELA ANSELMO	322.272.888-76	24459-7	2.388,29
8988	DANILO DE LIMA OLIVEIRA	017.439.243-56	24446-5	1.856,89
8989	EDSON BARBOSA DA SILVA	301.261.148-70	106521-1	5.149,33
8990	EMMANUEL RAFAEL NOGUEIRA	368.403.638-21	21691-7	2.908,51
8991	EVA ROSANGELA RODRIGUES COEL	422.254.098-62	24824-x	2.737,15
8992	FERNANDA RAMOS SOSSAI	324.321.408-42	24465-1	2.726,38
8995	FLAVIA APARECIDA FERREIRA DA S	440.092.538-27	24.450-3	2.014,85
8958	JANAINA SILVA DE SOUZA	178.702.908-58	46006-0	3.182,50
8994	JESSICA MARIANO	361.762.858-36	198.938-3	2.967,12
8964	JONATHAN EMANOEL AUGUSTO	118.955.996-01	24932-7	808,58
8997	JOSEFA ALEXANDRE DA SILVA	334.455.548-03	24476-7	1.854,65
8968	JULIANA MODOLO	327.512.478-14	17899-3	962,15
8998	LAIS GOMES PACANHELA PIRES	493.205.458-04	24.463-5	2.069,70
8999	LORRAINE DE OLIVEIRA DA SILVA	460.065.618-08	24452-X	1.851,63
9000	LUANA SANTANA DA SILVA FERREIF	454.204.788-11	25007-4	3.531,30
9001	MAERCIO APARECIDO DA SILVA	123.437.728-43	24443-0	3.916,77
8965	MAILA CAROLINA FERNANDES DOS	346.768.348-70	24928-9	536,25
9002	MARCIA DO NASCIMENTO CARVALH	009.973.246-78	18486-1	1.854,65
9003	MARCIA RENATA SANTAROSA	252.166.938-58	24113-X	3.140,42
9007	MARINA SIMOES MINIERI	430.705.598-59	28504-8	6.665,23
9008	MONICA BENTO	139.522.488-94	21039-0	2.388,29
9017	NAILSON FONSECA TEIXEIRA	067.377.925-45	24470-8	2.061,91
9018	RAPHAEL BULHOES CORVINO	333.109.078-64	24447-3	2.299,22
9020	RAQUEL APARECIDA PEREIRA	313.893.298-36	19391-7	2.388,29
9019	RENATO BRANDAO DE OLIVEIRA	466.751.008-07	24453-8	2.282,92
9021	RIAN PIRES DA SILVA	475.599.398-99	24455-4	1.613,68
9022	RICARDO ALONSO DARONCO	168.048.938-08	24.442-2	1.675,72
8962	ROBERTA MARTINS BENEDITO	367.664.938-95	24929-7	893,80
9023	RODRIGO GERVASIO PEDRO	175.584.068-38	24454-6	2.321,83
9026	SARA SUZART DE SOUZA	364.682.208-23	24469-4	1.910,69
9028	TAMIRES APARECIDA PEREIRA	392.038.808-95	24.475-9	1.779,67
9029	THAIS CRISTINA ANTONIO BARZON	379.610.008-28	107450-4	2.151,22
8960	THAYNA FRANCISQUELLI ZANIN	389.660.238-19	106203-4	3.888,19
9030	UIVER EDUARDO RAMIRO GASPARI	510.695.488-63	24462-7	1.613,68
9031	VERA LUCIA MARQUESAN	276.718.848-04	24472-4	1.854,65
9032	VICTORIA HELENA MARGUTTI MEN	365.833.008-26	24458-9	1.613,68
9005	ZENILDA PEREIRA DOS SANTOS	160.790.708-98	24474-0	2.388,29
	Empregados: 52 Estagiários: 0 Contribuintes: 0		Total da Empresa:	122.933,65

SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, 05/11/2024 Responsável: _____

EXTRATO MENSAL

Folha Mensal

Empr.: 8976 ACILEY TUANI VICHINHSK Situação: Trabalhando CPF: 462.583.658-17 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,94	295,34 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	113,42 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	36,03 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,03	589,78 P				

ND: 0 Proventos: 3.304,41 Descontos: 331,37 Informativa: 264,35 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.973,04**
NF: 0 Base INSS: 3.304,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.304,41 Valor FGTS: 264,35 Base IRRF: 2.739,61

Empr.: 8979 ALEX HENRIQUE GONCALVES Situação: Trabalhando CPF: 426.718.018-07 Adm: 17/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	25,00	1.932,34 P	998	I.N.S.S.	8,95	296,84 D
8832	DIAS LICENCA PATERNIDADE	5,00	386,47 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	36,97 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	92,38 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	235,33 P				
214	DIFERENÇA INSALUBRIDADE MES A	20,00	235,33 P				
9500	INSALUBRIDADE 20% LIC.PATERN	20,00	47,07 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	68,36	388,00 P				

ND: 0 Proventos: 3.316,92 Descontos: 333,81 Informativa: 265,35 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.983,11**
NF: 1 Base INSS: 3.316,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.316,92 Valor FGTS: 265,35 Base IRRF: 2.752,12
Licença paternidade: 15/10/2024 a 19/10/2024

Empr.: 8977 ALICE CRISTINA GALIMBERTI BLEMBLEM Situação: Trabalhando CPF: 369.276.088-42 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,97	299,69 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	119,26 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	38,75 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	107,28	620,13 P				

ND: 0 Proventos: 3.340,60 Descontos: 338,44 Informativa: 267,24 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.002,16**
NF: 0 Base INSS: 3.340,60 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.340,60 Valor FGTS: 267,24 Base IRRF: 2.775,80

Empr.: 8978 ALINE CAMILA ROSA MALAFATTI Situação: Trabalhando CPF: 375.813.788-88 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 5 Horas Mês: 200,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.750,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.	7,79	136,32 D
995	SALARIO FAMILIA	2,00	124,08 P				

ND: 2 Proventos: 1.874,08 Descontos: 136,32 Informativa: 140,00 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.737,76**
NF: 2 Base INSS: 1.750,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.750,00 Valor FGTS: 140,00 Base IRRF: 1.185,20

Empr.: 8980 ANA CLAUDIA BEZERRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 439.114.488-30 Adm: 18/08/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.	8,08	185,56 D
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	564,80 P				
214	DIFERENÇA INSALUBRIDADE MES A	20,00	282,40 P				

ND: 2 Proventos: 2.297,20 Descontos: 185,56 Informativa: 183,77 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.111,64**
NF: 2 Base INSS: 2.297,20 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.297,20 Valor FGTS: 183,77 Base IRRF: 1.732,40

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8956 ANA LAURA MARGUTTI VISENTAINER Situação: Trabalhando CPF: 418.647.908-90 Adm: 11/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 9 FARMACEUTICO (A) C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 3.300,00

8781	DIAS NORMAIS	20,00	2.200,00 P	998	I.N.S.S.		8,11	193,76 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,27 P					

ND: 0 Proventos: 2.388,27 Descontos: 193,76 Informativa: 191,06 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.194,51**
NF: 1 Base INSS: 2.388,27 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.388,27 Valor FGTS: 191,06 Base IRRF: 1.823,47

Empr.: 8981 ANA PAULA MARQUES Situação: Trabalhando CPF: 168.049.138-50 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 6 Horas Mês: 180,00
Cargo: 997 RECEPCIONISTA C.B.O: 422105 Filial: 1 Salário: 1.500,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00 P	998	I.N.S.S.		8,00	168,74 D
209	ADICIONAL DE LIDERANÇA	200,00	200,00 P					
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	20,63 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	27,09	107,30 P					

ND: 0 Proventos: 2.110,33 Descontos: 168,74 Informativa: 168,82 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.941,59**
NF: 0 Base INSS: 2.110,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.110,33 Valor FGTS: 168,82 Base IRRF: 1.545,53

Empr.: 8969 ANGÉLICA BARBOSA GOMES Situação: Trabalhando CPF: 328.639.848-96 Adm: 21/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,00

8781	DIAS NORMAIS	10,00	772,67 P	998	I.N.S.S.		7,50	65,01 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	94,13 P					

ND: 0 Proventos: 866,80 Descontos: 65,01 Informativa: 69,34 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **801,79**
NF: 0 Base INSS: 866,80 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 866,80 Valor FGTS: 69,34 Base IRRF: 302,00

Empr.: 8982 ANISIA GONCALVES DOS SANTOS Situação: Demitido CPF: 448.687.008-55 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	1.777,75 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	4.450,39 D
201	AJUDA DE CUSTO	17,07	17,07 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		8,24	222,06 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	121,65 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	67,86 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	579,70 P					
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	183,92 P					
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	141,20 P					
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	579,70 P					
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	122,61 P					
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	141,20 P					
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	281,17 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,56	577,83 P					

ND: 0 Proventos: 4.740,31 Descontos: 4.740,31 Informativa: 287,87 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 3.598,56 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.598,56 Valor FGTS: 287,87 Base IRRF: 2.468,96
DEMITIDO EM 23/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

---

Empr.: 8983 BIANCA LUIZA QUADRELLI Situação: Trabalhando CPF: 508.897.608-96 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 6 Horas Mês: 180,00
Cargo: 997 RECEPCIONISTA C.B.O: 422105 Filial: 1 Salário: 1.500,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00 P	998	I.N.S.S.		7,81	139,23 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					

ND: 0 Proventos: 1.782,40 Descontos: 139,23 Informativa: 142,59 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.643,17**
NF: 0 Base INSS: 1.782,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.782,40 Valor FGTS: 142,59 Base IRRF: 1.217,60

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8957 BRUNA MARIA DE SOUZA DENARDI Situação: Trabalhando CPF: 453.863.528-65 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 9 FARMACEUTICO (A) C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 3.300,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.300,00 P	998	I.N.S.S.	9,89	435,31 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	132,44 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	200,95 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	86,51	688,70 P				

ND: 0 Proventos: 4.403,54 Descontos: 636,26 Informativa: 352,28 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.767,28**
NF: 0 Base INSS: 4.403,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.403,54 Valor FGTS: 352,28 Base IRRF: 3.838,74

Empr.: 8955 CAMILA BERNADOCHI Situação: Trabalhando CPF: 368.829.488-28 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 200,00
Cargo: 1009 FARMACEUTICO RT C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 3.900,00

8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.770,00 P	998	I.N.S.S.	9,67	404,35 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	130,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	161,20 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	9,41 P				

ND: 0 Proventos: 4.182,40 Descontos: 565,55 Informativa: 334,59 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.616,85**
NF: 0 Base INSS: 4.182,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.182,40 Valor FGTS: 334,59 Base IRRF: 3.617,60
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 08/10/2024 a 08/10/2024

Empr.: 8984 CARLOS ROBERTO TEIXEIRA Situação: Trabalhando CPF: 071.079.588-28 Adm: 06/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,89	288,90 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	59,22 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	32,01 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
214	DIFERENÇA INSALUBRIDADE MES A	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	53,27	307,93 P				

ND: 0 Proventos: 3.250,76 Descontos: 320,91 Informativa: 260,06 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.929,85**
NF: 0 Base INSS: 3.250,76 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.250,76 Valor FGTS: 260,06 Base IRRF: 2.685,96

Empr.: 9010 CAROLINA RUFFO CASTRO Situação: Trabalhando CPF: 390.738.018-50 Adm: 29/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

8781	DIAS NORMAIS	2,00	231,80 P	998	I.N.S.S.	7,50	18,79 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	18,83 P				

ND: 0 Proventos: 250,63 Descontos: 18,79 Informativa: 20,05 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **231,84**
NF: 1 Base INSS: 250,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 250,63 Valor FGTS: 20,05 Base IRRF: -314,17

Empr.: 8985 CIBELE DE SOUZA LIMA Situação: Trabalhando CPF: 492.203.268-17 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 6 Horas Mês: 180,00
Cargo: 997 RECEPCIONISTA C.B.O: 422105 Filial: 1 Salário: 1.500,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00 P	216	DESCONTO INSALUBRIDADE	282,40	282,40 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P	998	I.N.S.S.	7,59	113,82 D

ND: 0 Proventos: 1.782,40 Descontos: 396,22 Informativa: 120,00 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.386,18**
NF: 0 Base INSS: 1.500,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.500,00 Valor FGTS: 120,00 Base IRRF: 935,20

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8986 CINTIA APARECIDA MENDES Situação: Trabalhando CPF: 351.513.648-71 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,00 P	998	I.N.S.S.	9,31	349,94 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	44,66 D

ND: 3 Proventos: 3.759,40 Descontos: 394,60 Informativa: 300,75 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.364,80**
NF: 3 Base INSS: 3.759,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.759,40 Valor FGTS: 300,75 Base IRRF: 2.840,69

Empr.: 8987 DANIELA ANSELMO Situação: Trabalhando CPF: 322.272.888-76 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,19	212,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				

ND: 1 Proventos: 2.601,21 Descontos: 212,92 Informativa: 208,09 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.388,29**
NF: 1 Base INSS: 2.601,21 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.601,21 Valor FGTS: 208,09 Base IRRF: 2.036,41

Empr.: 8988 DANILO DE LIMA OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 017.439.243-56 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 10 Horas Mês: 180,00
Cargo: 956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO C.B.O: 517410 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.677,03 P	998	I.N.S.S.	7,95	160,37 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	57,83 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	9,41 P				

ND: 0 Proventos: 2.017,26 Descontos: 160,37 Informativa: 161,38 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.856,89**
NF: 0 Base INSS: 2.017,26 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.017,26 Valor FGTS: 161,38 Base IRRF: 1.452,46
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 01/10/2024 a 01/10/2024

Empr.: 8989 EDSON BARBOSA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 301.261.148-70 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 220,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.500,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.500,00 P	998	I.N.S.S.	11,22	732,65 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA	27,50	645,42 D
210	ADICIONAL DE FUNCAO	2.745,00	2.745,00 P				

ND: 1 Proventos: 6.527,40 Descontos: 1.378,07 Informativa: 522,19 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **5.149,33**
NF: 0 Base INSS: 6.527,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 6.527,40 Valor FGTS: 522,19 Base IRRF: 5.605,16

Empr.: 8990 EMMANUEL RAFAEL NOGUEIRA Situação: Trabalhando CPF: 368.403.638-21 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,86	285,72 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	100,49 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	30,02 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	90,40	522,55 P				

ND: 0 Proventos: 3.224,25 Descontos: 315,74 Informativa: 257,94 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.908,51**
NF: 0 Base INSS: 3.224,25 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.224,25 Valor FGTS: 257,94 Base IRRF: 2.659,45

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8991 EVA ROSANGELA RODRIGUES COELHO CAN Situação: Trabalhando CPF: 422.254.098-62 Adm: 03/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.		8,62	258,26 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	67,07 P					
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	564,80 P					
215	DIFERENÇA INSALUBRIDADE 40% M	40,00	564,80 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	108,23	348,74 P					

ND: 3 Proventos: 2.995,41 Descontos: 258,26 Informativa: 239,63 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.737,15**
NF: 2 Base INSS: 2.995,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.995,41 Valor FGTS: 239,63 Base IRRF: 2.168,38

Empr.: 8992 FERNANDA RAMOS SOSSAI Situação: Trabalhando CPF: 324.321.408-42 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.		8,61	256,79 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	61,61 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	55,42	320,35 P					

ND: 2 Proventos: 2.983,17 Descontos: 256,79 Informativa: 238,65 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.726,38**
NF: 1 Base INSS: 2.983,17 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.983,17 Valor FGTS: 238,65 Base IRRF: 2.347,20

Empr.: 8995 FLAVIA APARECIDA FERREIRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 440.092.538-27 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 6 Horas Mês: 180,00
Cargo: 997 RECEPCIONISTA C.B.O: 422105 Filial: 1 Salário: 1.500,00

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.		8,03	175,99 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	50,00 P					
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	68,07 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P					
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	9,41 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	86,39	340,37 P					

ND: 1 Proventos: 2.190,84 Descontos: 175,99 Informativa: 175,26 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.014,85**
NF: 1 Base INSS: 2.190,84 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.190,84 Valor FGTS: 175,26 Base IRRF: 1.626,04
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 22/10/2024 a 22/10/2024

Empr.: 8993 FRANCISCO SOARES DOS SANTOS Situação: Demitido CPF: 300.190.218-36 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	2.665,70 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	6.041,67 D
201	AJUDA DE CUSTO	1,18	1,18 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		9,40	365,52 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	175,13 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	90,34 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	869,25 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO		15,00	117,22 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	194,11 P					
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	141,20 P					
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	869,25 P					
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	129,41 P					
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	141,20 P					
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	379,95 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	101,35	831,86 P					

ND: 0 Proventos: 6.614,75 Descontos: 6.614,75 Informativa: 407,49 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 5.093,76 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 5.093,76 Valor FGTS: 407,49 Base IRRF: 3.964,16
DEMITIDO EM 23/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

---

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8953 IVAN DONIZETE MARCELINO DA SILVA Situação: Demitido CPF: 389.871.278-85 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	10,00	772,94 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	1.008,49 D
201	AJUDA DE CUSTO	0,31	3,59 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	14,00	541,06 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	386,47 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	58,23 D
29	FERIAS PROPORCIONAIS	2,00	386,47 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	28,98 D
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	128,82 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	41,53 D

ND: 0 Proventos: 1.678,29 Descontos: 1.678,29 Informativa: 93,03 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 1.163,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.163,00 Valor FGTS: 93,03 Base IRRF: 598,20
DEMITIDO EM 10/10/2024 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

---

Empr.: 8958 JANAINA SILVA DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 178.702.908-58 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 9 FARMACEUTICO (A) C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 3.300,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.300,00 P	998	I.N.S.S.	9,18	328,70 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	71,20 D

ND: 0 Proventos: 3.582,40 Descontos: 399,90 Informativa: 286,59 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.182,50**
NF: 0 Base INSS: 3.582,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.582,40 Valor FGTS: 286,59 Base IRRF: 3.017,60

Empr.: 8994 JESSICA MARIANO Situação: Trabalhando CPF: 361.762.858-36 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,92	293,26 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	110,62 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	26,66 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	99,51	575,21 P				

ND: 2 Proventos: 3.287,04 Descontos: 319,92 Informativa: 262,96 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.967,12**
NF: 2 Base INSS: 3.287,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.287,04 Valor FGTS: 262,96 Base IRRF: 2.614,60

Empr.: 8964 JONATHAN EMANOEL AUGUSTO Situação: Trabalhando CPF: 118.955.996-01 Adm: 18/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 10 Horas Mês: 180,00
Cargo: 956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO C.B.O: 517410 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	13,00	751,77 P	998	I.N.S.S.	7,50	65,56 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	122,37 P				

ND: 0 Proventos: 874,14 Descontos: 65,56 Informativa: 69,93 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **808,58**
NF: 1 Base INSS: 874,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 874,14 Valor FGTS: 69,93 Base IRRF: 309,34

Empr.: 8996 JOSE WILSON MARTINS Situação: Demitido CPF: 272.944.473-49 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 10 Horas Mês: 180,00
Cargo: 956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO C.B.O: 517410 Filial: 1 Salário: 1.734,86

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	1.330,06 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.728,13 D
201	AJUDA DE CUSTO	1,20	1,20 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,63	118,01 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	433,72 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	43,11 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	141,20 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	433,72 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	141,20 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	191,64 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51 P				

ND: 0 Proventos: 2.889,25 Descontos: 2.889,25 Informativa: 169,71 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 2.121,49 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.121,49 Valor FGTS: 169,71 Base IRRF: 991,89
DEMITIDO EM 23/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

---

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8997 JOSEFA ALEXANDRE DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 334.455.548-03 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.		7,95	160,15 D
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	564,80 P					

ND: 0 Proventos: 2.014,80 Descontos: 160,15 Informativa: 161,18 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.854,65**
NF: 0 Base INSS: 2.014,80 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.014,80 Valor FGTS: 161,18 Base IRRF: 1.450,00

Empr.: 8968 JULIANA MODOLO Situação: Trabalhando CPF: 327.512.478-14 Adm: 19/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,00

8781	DIAS NORMAIS	12,00	927,20 P	998	I.N.S.S.		7,50	78,01 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	112,96 P					

ND: 0 Proventos: 1.040,16 Descontos: 78,01 Informativa: 83,21 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **962,15**
NF: 0 Base INSS: 1.040,16 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.040,16 Valor FGTS: 83,21 Base IRRF: 475,36

Empr.: 8998 LAIS GOMES PACANHELA PIRES Situação: Trabalhando CPF: 493.205.458-04 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 6 Horas Mês: 180,00
Cargo: 997 RECEPCIONISTA C.B.O: 422105 Filial: 1 Salário: 1.500,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00 P	998	I.N.S.S.		8,06	181,42 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	75,60 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	99,25	393,12 P					

ND: 0 Proventos: 2.251,12 Descontos: 181,42 Informativa: 180,08 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.069,70**
NF: 0 Base INSS: 2.251,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.251,12 Valor FGTS: 180,08 Base IRRF: 1.686,32

Empr.: 8999 LORRAINE DE OLIVEIRA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 460.065.618-08 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.540,00 P	998	I.N.S.S.		7,95	159,85 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	2,00	110,00 P					
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	10,91 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	263,57 P					
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	18,83 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,03	68,17 P					

ND: 0 Proventos: 2.011,48 Descontos: 159,85 Informativa: 160,91 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.851,63**
NF: 0 Base INSS: 2.011,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.011,48 Valor FGTS: 160,91 Base IRRF: 1.446,68
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/10/2024 a 27/10/2024

Empr.: 9000 LUANA SANTANA DA SILVA FERREIRA Situação: Trabalhando CPF: 454.204.788-11 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,00 P	998	I.N.S.S.		9,54	387,48 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	48,79 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	143,13 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	30,37	253,72 P					

ND: 0 Proventos: 4.061,91 Descontos: 530,61 Informativa: 324,95 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.531,30**
NF: 0 Base INSS: 4.061,91 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.061,91 Valor FGTS: 324,95 Base IRRF: 3.497,11

EXTRATO MENSAL

Empr.: 9001 MAERCIO APARECIDO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 123.437.728-43 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,00 P	998	I.N.S.S.		10,09	468,26 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	141,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA		22,50	253,91 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,30	737,68 P					

ND: 0 Proventos: 4.638,94 Descontos: 722,17 Informativa: 371,11 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.916,77**
NF: 0 Base INSS: 4.638,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.638,94 Valor FGTS: 371,11 Base IRRF: 4.074,14

Empr.: 8965 MAILA CAROLINA FERNANDES DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 346.768.348-70 Adm: 22/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

8781	DIAS NORMAIS	9,00	495,00 P	998	I.N.S.S.		7,50	43,47 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	84,72 P					

ND: 0 Proventos: 579,72 Descontos: 43,47 Informativa: 46,37 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **536,25**
NF: 0 Base INSS: 579,72 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 579,72 Valor FGTS: 46,37 Base IRRF: 14,92

Empr.: 9002 MARCIA DO NASCIMENTO CARVALHO Situação: Trabalhando CPF: 009.973.246-78 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.		7,95	160,15 D
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	564,80 P					

ND: 0 Proventos: 2.014,80 Descontos: 160,15 Informativa: 161,18 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.854,65**
NF: 0 Base INSS: 2.014,80 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.014,80 Valor FGTS: 161,18 Base IRRF: 1.450,00

Empr.: 9003 MARCIA RENATA SANTAROSA Situação: Trabalhando CPF: 252.166.938-58 Adm: 04/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

8781	DIAS NORMAIS	27,00	3.129,30 P	998	I.N.S.S.		9,13	321,79 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	25,23 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	62,56 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	14,00	116,08 P					

ND: 0 Proventos: 3.524,77 Descontos: 384,35 Informativa: 281,98 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.140,42**
NF: 0 Base INSS: 3.524,77 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.524,77 Valor FGTS: 281,98 Base IRRF: 2.959,97

Empr.: 9006 MARCIO DE OLIVEIRA GONCALVES Situação: Demitido CPF: 123.624.608-00 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	77,29 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	3.383,46 D
9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	1.777,75 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,98	166,10 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	579,70 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	48,77 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	70,60 P					
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	579,70 P					
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	70,60 P					
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	216,77 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51 P					
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	9,41 P					

ND: 2 Proventos: 3.598,33 Descontos: 3.598,33 Informativa: 218,49 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 1 Base INSS: 2.731,26 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.731,26 Valor FGTS: 218,49 Base IRRF: 1.601,66
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 19/10/2024 a 19/10/2024
DEMITIDO EM 24/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

---

EXTRATO MENSAL

Empr.: 9007 MARINA SIMOES MINIERI Situação: Trabalhando CPF: 430.705.598-59 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 200,00
Cargo: 1011 ENFERMEIRO (A) RT C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 7.000,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	7.000,00 P	998	I.N.S.S.		11,54	848,49 D
201	AJUDA DE CUSTO	1.000,00	1.000,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA		27,50	841,10 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	11,68 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,17	60,74 P					

ND: 1 Proventos: 8.354,82 Descontos: 1.689,59 Informativa: 588,38 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **6.665,23**
NF: 0 Base INSS: 7.354,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 7.354,82 Valor FGTS: 588,38 Base IRRF: 6.316,74

Empr.: 9008 MONICA BENTO Situação: Trabalhando CPF: 139.522.488-94 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.		8,19	212,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					

ND: 0 Proventos: 2.601,21 Descontos: 212,92 Informativa: 208,09 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.388,29**
NF: 0 Base INSS: 2.601,21 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.601,21 Valor FGTS: 208,09 Base IRRF: 2.036,41

Empr.: 8966 MONIQUE DANIELA DE BARROS BARBOSA Situação: Demitido CPF: 503.180.418-12 Adm: 23/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	3,00	165,00 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT		42,00	1.352,68 D
8130	ESTOURO RESCISAO	0,00	1.173,93 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,50	14,49 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	28,24 P					

ND: 0 Proventos: 1.367,17 Descontos: 1.367,17 Informativa: 15,45 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 193,24 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 193,24 Valor FGTS: 15,45 Base IRRF: -371,56
DEMITIDO EM 25/10/2024 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

---

Empr.: 9017 NAILSON FONSECA TEIXEIRA Situação: Trabalhando CPF: 067.377.925-45 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 10 Horas Mês: 180,00
Cargo: 956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO C.B.O: 517410 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.734,86 P	998	I.N.S.S.		8,06	180,64 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	36,34 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	42,15	188,95 P					

ND: 0 Proventos: 2.242,55 Descontos: 180,64 Informativa: 179,40 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.061,91**
NF: 0 Base INSS: 2.242,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.242,55 Valor FGTS: 179,40 Base IRRF: 1.677,75

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8975 PEDRO AUGUSTO JANUARIO Situação: Demitido CPF: 520.420.338-98 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	1.265,00 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.668,60 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	9,61 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,62	117,12 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	412,50 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	42,76 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	87,08 P				
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	70,60 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	412,50 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	58,06 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	70,60 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	180,39 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	11,00	45,63 P				

ND: 0 Proventos: 2.828,48 Descontos: 2.828,48 Informativa: 168,55 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 2.106,93 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.106,93 Valor FGTS: 168,55 Base IRRF: 977,33
DEMITIDO EM 23/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

---

Empr.: 9018 RAPHAEL BULHOES CORVINO Situação: Trabalhando CPF: 333.109.078-64 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00 P	998	I.N.S.S.	8,15	204,12 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	92,09 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,51	478,85 P				

ND: 1 Proventos: 2.503,34 Descontos: 204,12 Informativa: 200,26 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.299,22**
NF: 0 Base INSS: 2.503,34 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.503,34 Valor FGTS: 200,26 Base IRRF: 1.938,54

Empr.: 9020 RAQUEL APARECIDA PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 313.893.298-36 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	18,00	1.391,29 P	998	I.N.S.S.	8,19	212,92 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	12,00	927,52 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	169,44 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	112,96 P				

ND: 1 Proventos: 2.601,21 Descontos: 212,92 Informativa: 208,09 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.388,29**
NF: 0 Base INSS: 2.601,21 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.601,21 Valor FGTS: 208,09 Base IRRF: 2.036,41
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 20/10/2024 a 26/10/2024
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/10/2024 a 02/11/2024

Empr.: 8959 REGINA LUCIA XAVIER Situação: Demitido CPF: 087.146.378-47 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 9 FARMACEUTICO (A) C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 3.300,00

8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	110,00 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.876,88 D
9180	SALDO DE SALARIO DIAS	10,00	1.100,00 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	92,65 D
201	AJUDA DE CUSTO	1,54	25,41 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	41,25 D
831	MULTA ESTABILIDADE Art. 479/CLT	13,00	715,00 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	22,50	222,96 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	2,00	550,00 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	2,00	550,00 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	183,33 P				

ND: 0 Proventos: 3.233,74 Descontos: 3.233,74 Informativa: 199,96 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 1.785,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.785,41 Valor FGTS: 199,96 Base IRRF: 1.220,61
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 07/10/2024 a 07/10/2024
DEMITIDO EM 11/10/2024 - MOTIVO 10-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregador

---

EXTRATO MENSAL

Empr.: 9019 RENATO BRANDAO DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 466.751.008-07 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 10 Horas Mês: 180,00
Cargo: 956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO C.B.O: 517410 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.734,86	P	998	I.N.S.S.		8,15	202,50 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	75,51	P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	87,59	392,65	P					

ND:	0	Proventos:	2.485,42	Descontos:	202,50	Informativa:	198,83	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.282,92**
NF:	0	Base INSS:	2.485,42	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.485,42	Valor FGTS:	198,83	Base IRRF:	1.920,62

Empr.: 9021 RIAN PIRES DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 475.599.398-99 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 3 Horas Mês: 200,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.750,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	P	998	I.N.S.S.		7,79	136,32 D

ND:	0	Proventos:	1.750,00	Descontos:	136,32	Informativa:	140,00	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.613,68**
NF:	0	Base INSS:	1.750,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.750,00	Valor FGTS:	140,00	Base IRRF:	1.185,20

Empr.: 9022 RICARDO ALONSO DARONCO Situação: Trabalhando CPF: 168.048.938-08 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 8 Horas Mês: 200,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.750,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00	P	998	I.N.S.S.		7,79	136,32 D
995	SALARIO FAMILIA	1,00	62,04	P					

ND:	2	Proventos:	1.812,04	Descontos:	136,32	Informativa:	140,00	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.675,72**
NF:	1	Base INSS:	1.750,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.750,00	Valor FGTS:	140,00	Base IRRF:	1.185,20

Empr.: 8962 ROBERTA MARTINS BENEDITO Situação: Trabalhando CPF: 367.664.938-95 Adm: 17/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	14,00	676,67	P	998	I.N.S.S.		7,50	72,47 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	3,47	P					
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	263,57	P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	7,00	22,56	P					

ND:	0	Proventos:	966,27	Descontos:	72,47	Informativa:	77,30	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**893,80**
NF:	1	Base INSS:	966,27	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	966,27	Valor FGTS:	77,30	Base IRRF:	401,47

Empr.: 9023 RODRIGO GERVASIO PEDRO Situação: Trabalhando CPF: 175.584.068-38 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 10 Horas Mês: 180,00
Cargo: 956 CONTROLADOR (A) DE ACESSO C.B.O: 517410 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.734,86	P	998	I.N.S.S.		8,16	206,35 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	82,41	P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40	P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,59	428,51	P					

ND:	0	Proventos:	2.528,18	Descontos:	206,35	Informativa:	202,25	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.321,83**
NF:	0	Base INSS:	2.528,18	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.528,18	Valor FGTS:	202,25	Base IRRF:	1.963,38

EXTRATO MENSAL

Empr.: 9025 ROSINEIDE PEREIRA DA SILVA Situação: Demitido CPF: 441.522.468-71 Adm: 29/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	2,00	110,00 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT		42,00	1.352,68 D
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	257,65 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,50	28,98 D
8130	ESTOURO RESCISAO	0,00	995,18 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	18,83 P					

ND: 0 Proventos: 1.381,66 Descontos: 1.381,66 Informativa: 30,91 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 0 Base INSS: 386,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 386,48 Valor FGTS: 30,91 Base IRRF: -178,32
DEMITIDO EM 31/10/2024 - MOTIVO 11-Rescisão contrato experiência antecipado pelo empregado

---

Empr.: 9026 SARA SUZART DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 364.682.208-23 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.		7,98	165,69 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	9,93 P					
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	564,80 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,03	51,65 P					

ND: 1 Proventos: 2.076,38 Descontos: 165,69 Informativa: 166,11 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.910,69**
NF: 0 Base INSS: 2.076,38 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.076,38 Valor FGTS: 166,11 Base IRRF: 1.511,58

Empr.: 9027 SILVIA APARECIDA PEDRO Situação: Demitido CPF: 323.983.458-82 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	1.265,00 P	51	LIQUIDO RESCISAO		0,00	2.460,36 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	412,50 P	826	INSS SOBRE RESCISAO		7,57	112,15 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	70,60 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO		7,50	36,23 D
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	412,50 P					
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	70,60 P					
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	161,03 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	216,51 P					

ND: 1 Proventos: 2.608,74 Descontos: 2.608,74 Informativa: 157,16 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **0,00**
NF: 1 Base INSS: 1.964,61 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.964,61 Valor FGTS: 157,16 Base IRRF: 835,01
DEMITIDO EM 23/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

---

Empr.: 9028 TAMIRES APARECIDA PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 392.038.808-95 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1010 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.650,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.650,00 P	998	I.N.S.S.		7,90	152,73 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					

ND: 2 Proventos: 1.932,40 Descontos: 152,73 Informativa: 154,59 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.779,67**
NF: 2 Base INSS: 1.932,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.932,40 Valor FGTS: 154,59 Base IRRF: 1.367,60

Empr.: 9029 THAIS CRISTINA ANTONIO BARZON Situação: Trabalhando CPF: 379.610.008-28 Adm: 07/10/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	24,00	1.855,05 P	998	I.N.S.S.		8,10	189,48 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	41,56 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	225,92 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	38,58	218,17 P					

ND: 0 Proventos: 2.340,70 Descontos: 189,48 Informativa: 187,25 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.151,22**
NF: 2 Base INSS: 2.340,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.340,70 Valor FGTS: 187,25 Base IRRF: 1.775,90

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8960 THAYNA FRANCISQUELLI ZANIN Situação: Trabalhando CPF: 389.660.238-19 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 9 FARMACEUTICO (A) C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 3.300,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.300,00 P	998	I.N.S.S.	10,06	461,96 D	
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	163,15 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	243,79 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	106,57	848,39 P					

ND: 0 Proventos: 4.593,94 Descontos: 705,75 Informativa: 367,51 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **3.888,19**
NF: 0 Base INSS: 4.593,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.593,94 Valor FGTS: 367,51 Base IRRF: 4.029,14

Empr.: 9030 UIVER EDUARDO RAMIRO GASPARIN Situação: Trabalhando CPF: 510.695.488-63 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 9 Horas Mês: 200,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.750,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.	7,79	136,32 D	

ND: 0 Proventos: 1.750,00 Descontos: 136,32 Informativa: 140,00 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.613,68**
NF: 0 Base INSS: 1.750,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.750,00 Valor FGTS: 140,00 Base IRRF: 1.185,20

Empr.: 9031 VERA LUCIA MARQUESAN Situação: Trabalhando CPF: 276.718.848-04 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 7 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.450,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.450,00 P	998	I.N.S.S.	7,95	160,15 D	
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	564,80 P					

ND: 0 Proventos: 2.014,80 Descontos: 160,15 Informativa: 161,18 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.854,65**
NF: 0 Base INSS: 2.014,80 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.014,80 Valor FGTS: 161,18 Base IRRF: 1.450,00

Empr.: 9032 VICTORIA HELENA MARGUTTI MENOCCI Situação: Trabalhando CPF: 365.833.008-26 Adm: 26/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 4 Horas Mês: 200,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.750,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.750,00 P	998	I.N.S.S.	7,79	136,32 D	

ND: 0 Proventos: 1.750,00 Descontos: 136,32 Informativa: 140,00 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **1.613,68**
NF: 0 Base INSS: 1.750,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.750,00 Valor FGTS: 140,00 Base IRRF: 1.185,20

Empr.: 9005 ZENILDA PEREIRA DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 160.790.708-98 Adm: 27/07/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.318,81 P	998	I.N.S.S.	8,19	212,92 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P					

ND: 0 Proventos: 2.601,21 Descontos: 212,92 Informativa: 208,09 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.388,29**
NF: 0 Base INSS: 2.601,21 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.601,21 Valor FGTS: 208,09 Base IRRF: 2.036,41

EXTRATO MENSAL

Empr.:	9004 ZUMARA RODRIGUES NOGUEIRA	Situação:	Demitido	CPF:	354.448.778-05	Adm:	26/07/2024
Vínculo:	Celetista	CC:	1	Depto:	7	Horas Mês:	180,00
Cargo:	1012 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	C.B.O:	514320	Filial:	1	Salário:	1.450,00

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	23,00	1.111,67 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	2.914,72 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	3,00	362,50 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,63	117,84 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	3,00	78,27 P				
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	3,00	211,80 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	3,00	362,50 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	3,00	52,18 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	3,00	211,80 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	208,83 P				
17	INSALUBRIDADE 40%	40,00	433,01 P				

ND:	1 Proventos:	3.032,56	Descontos:	3.032,56	Informativa:	175,77	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:** **0,00**
NF:	1 Base INSS:	2.197,25	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.197,25	Valor FGTS:	175,77	Base IRRF: 979,88

DEMITIDO EM 23/10/2024 - MOTIVO 12-Término do contrato de experiência

Total Geral Proventos:	172.208,71	Total Geral Descontos:	49.275,06
		Líquido Geral:	122.933,65

Resumo por Rubrica

16	INSALUBRIDADE 20%	960,00	11.277,20 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	28.532,70 D
17	INSALUBRIDADE 40%	320,00	4.085,38 P	216	DESCONTO INSALUBRIDADE	282,40	282,40 D
29	FERIAS PROPORCIONAIS	25,00	4.586,34 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	86,07	1.413,15 D
200	HORAS EXTRAS 100%	12,00	257,65 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	45,00	381,71 D
201	AJUDA DE CUSTO	1.021,30	1.048,45 P	842	MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	98,00	3.246,42 D
209	ADICIONAL DE LIDERANÇA	200,00	200,00 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	60,00	399,30 D
210	ADICIONAL DE FUNCAO	2.745,00	2.745,00 P	998	I.N.S.S.	439,03	12.151,02 D
214	DIFERENÇA INSALUBRIDADE MES A	60,00	800,13 P	999	IMPOSTO DE RENDA	242,50	2.868,36 D
215	DIFERENÇA INSALUBRIDADE 40% M	40,00	564,80 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	1.856,54	10.523,62 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	12,00	362,26 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	21,00	847,20 P				
831	MULTA ESTABILIDADE Art. 479/CLT	13,00	715,00 P				
995	SALARIO FAMILIA	3,00	186,12 P				
8130	ESTOURO RESCISAO	0,00	2.169,11 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	299,97	1.931,93 P				
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO	25,00	4.586,34 P				
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	12,00	543,38 P				
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	21,00	847,20 P				
8781	DIAS NORMAIS	1.399,00	106.454,99 P				
8832	DIAS LICENCA PATERNIDADE	5,00	386,47 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	19,00	1.462,64 P				
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	2.070,13 P				
9180	SALDO DE SALARIO DIAS	186,00	13.340,87 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	120,00	169,43 P				
9500	INSALUBRIDADE 20% LIC.PATERN	20,00	47,07 P				

Líquido Geral: 122.933,65

EXTRATO MENSAL

INSS		FGTS, PIS e ISS	
Salário contribuição empregados:	160.108,90	Base do FGTS:	138.509,63
Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor do FGTS:	11.080,56
Excedente:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Base total:	160.108,90	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Segurados:	13.963,47	Base FGTS Rescisório:	21.599,27
Empresa:	0,00	Valor FGTS Rescisório:	1.785,00
RAT:	0,00	Base FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Contribuintes:	0,00	Valor FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Terceiros:	0,00	Base PIS:	0,00
Total INSS:	13.963,47	Valor PIS:	0,00
Base INSS Receita Bruta:	0,00	Base ISS:	0,00
(-) Salário Família:	186,12	Valor ISS:	0,00
(-) Salário Maternidade:	0,00		
Valores pagos a Cooperativas:	0,00		

IRRF conforme competência do cálculo		IRRF conforme competência do pagamento	
Base IRRF Mensal:	118.053,51	Base IRRF Mensal:	2.011,94
Valor IRRF Mensal:	3.250,07	Valor IRRF Mensal:	264,49
Base IRRF Férias:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Valor IRRF Férias:	0,00	Valor IRRF Férias:	0,00
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	805,95	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Valor IRRF 13º Salário:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Valor Total do IRRF:	3.250,07	Valor Total do IRRF:	264,49
IRRF Aluguéis:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00

Situações

No. Empregados:	63	Demitido:	11
No. Estagiários:	0	Transferido:	0
Trabalhando:	52	Férias:	0
Afastado direitos integrais:	0	Mandato sindical:	0
Afastado acidente de trabalho:	0	Aposentadoria:	0
Afastado serviço militar:	0	Partic. curso/programa de qualificação:	0
Salário maternidade:	0	Ausência justificada:	0
Salário maternidade INSS:	0	Outros afastamentos:	0
Doença:	0	Admissões:	11
Doença Profissional:	0	No. Contribuintes:	0
Licença sem vencimento:	0		

EXTRATO MENSAL

Apuração Tributos Federais

Saldo a compensar

(-)Compensação DCOMP:	0,00	(-)Salário Família:	1.226,33
(-)Salário Maternidade:	13.624,65	(-)Retenções:	0,00

Encargos	Valor	(-)Compensação DCOMP	(-)Salário Família	(-)Salário Maternidade	(-)Retenções	Saldo a recolher
INSS Segurado(Folha):	322.168,07	0,00	1.226,33	13.624,65	0,00	307.317,09
INSS Retido(Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FUNRURAL(Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INSS Receita Bruta(Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INSS SEST/SENAT(Folha):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INSS Empresa e RAT(Folha):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
INSS Terceiros(Folha):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IRRF(Folha):	165.962,59	0,00	0,00	0,00	0,00	165.962,59
IRRF (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IRRF Aluguéis PF (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IRRF Propaganda (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CRF (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COFINS Retida (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIS Retido (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CSLL Retida (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CRF Órgão Públicos (Escrita Fiscal):	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
					Saldo à recolher:	**473.279,68**

Saldo remanescente à restituir

(-)DCOMP:	0,00	(-)Salário Família:	0,00
(-)Salário Maternidade:	0,00	(-)Retenções:	0,00

Aviso: Conforme legislação atual, o valor a recolher dos tributos federais é consolidado entre matriz e filiais. À apuração do encargo INSS utiliza-se a competência de cálculo e à apuração do encargo IRRF utiliza-se a competência de pagamento.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.44
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3194-1 - SICOOB CREDIGUACU
CONTA: 9.772.531-5

FAVORECIDO: PATREZI MANIPULACAO FARMACEUTICA LT
CPF/CNPJ: 07.508.059/0001-34
VALOR: R$ 304,00
DEBITO EM: 06/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110601
AUTENTICACAO SISBB: F.31D.C51.13E.8FB.5FF

RECEBEMOS DE Patrezi Manipulacao Farmaceutica Ltda Me OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**Nº 000001005** SÉRIE 001

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

Patrezi Manipulacao Farmaceutica Ltda Me

RUA CEL PENTEADO, 568 - CENTRO - CEP:13650-009 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP
TEL: (19)3672-1516

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000001005 FL. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3524 1007 5080 5900 0134 5500 1000 0010 0511 3676 3057

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQ OU RECEB TERCEIR	135242247332488 07/10/2024 15:42:09

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ
611075908113		07.508.059/0001-34

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR B.DO BRASIL			45.349.461/0001-02	07/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**	
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 050	WILLIAMS	17402-064	07/10/2024	
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
GARCA	(19)99647-0435	SP		15:42:04

FATURA

PAGAMENTO	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	001005	304,01	0,01	304,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	304,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	304,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUME			1,000	1,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. /	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	PERC.(%) DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
628770	FORMULA 5.000ML - AGUA DESTILADA.(NAO ESTERIL)(OSMOSE REVERSA) 5000ML; - C.P. ANVISA 0000000628770 - PMC: R$76,00 - LOTE: 628770 - QTD: 1,00 - FAB: 06/09/2024 - VAL: 05/03/2025 - C.AGREGAÇÃO: 628770	30039099	0102	5102	UN	1,00	76,00	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
628984	FORMULA 5.000ML - AGUA DESTILADA.(NAO ESTERIL)(OSMOSE REVERSA) 5000ML; - C.P. ANVISA 0000000628984 - PMC: R$76,00 - LOTE: 628984 - QTD: 1,00 - FAB: 13/09/2024 - VAL: 12/03/2025 - C.AGREGAÇÃO: 628984	30039099	0102	5102	UN	1,00	76,00	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
629074	FORMULA 5.000ML - AGUA DESTILADA.(NAO ESTERIL)(OSMOSE REVERSA) 5000ML; - C.P. ANVISA 0000000629074 - PMC: R$76,00 - LOTE: 629074 - QTD: 1,00 - FAB: 18/09/2024 - VAL: 17/03/2025 - C.AGREGAÇÃO: 629074	30039099	0102	5102	UN	1,00	76,00	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
629288	FORMULA 5.000ML - AGUA DESTILADA.(NAO ESTERIL)(OSMOSE REVERSA) 5000ML; - C.P. ANVISA 0000000629288 - PMC: R$76,00 - LOTE: 629288 - QTD: 1,00 - FAB: 26/09/2024 - VAL: 25/03/2025 - C.AGREGAÇÃO: 629288	30039099	0102	5102	UN	1,00	76,00	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
MD-5:A6E8A93B35203F7F499B72EC41A4B56D Contrato de gestAo 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras.	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.44
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 83.910-4

FAVORECIDO: MARQUES E PAVANI LTDA
CPF/CNPJ: 74.398.603/0001-20
VALOR: R$ 1.442,01
DEBITO EM: 06/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110602
AUTENTICACAO SISBB: 9.B34.1A1.2A9.11C.320

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

GRAFITE PAPELARIA

MARQUES E PAVANI LTDA ME

AVENIDA CONSTANTINO STOCCO, 189 - CENTRO
13650-019 Santa Cruz das Palmeiras - SP
(19) 3672-3683
papelariagrafite.scp@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA **1**

N. 00011111

SÉRIE 1

FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3524 1074 3986 0300 0120 5500 1000 0111 1110 7530 0286

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
135242276403657 10/10/2024 07:53:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
611.012.827.110		**74.398.603/0001-20**

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	10/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260	JARDIM SAO CARLOS		13650-254	10/10/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Santa Cruz das Palmeiras		SP		07:49:59

FATURA/DUPLICATA

FATURA: Numero:011111 Valor Orig:1442.01 Valor:1442.01

001 09/11/2024 R$ 1.442,01

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.442,01

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX TRIB	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	466,08	**1.442,01**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	VOLUMES	DIVERSOS			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
0000000010431	LACRE 16CM AZUL 100UN APES BRASIL	39235000	0102	5102	UN	1	16,00	16,00	0,00	0,00	0,00	5,20
0000000003492	PINO ADAPTADOR T	39259090	0500	5405	UN	5	2,95	14,75	0,00	0,00	0,00	4,81
0000000011466	CABO CONECTOR DIVERSOS 01	85444200	0500	5405	UN	7	15,95	111,65	0,00	0,00	0,00	31,55
0000000006431	CARIMBO 50X100 MADEIRA	96110000	0102	5102	UN	1	48,50	48,50	0,00	0,00	0,00	15,25
0000000004391	PAPEL SULFITE A4 500F 210X297 75G EXECUTIVE	48053000	0500	5405	UN	50	23,75	1.187,50	0,00	0,00	0,00	385,70
0000000008119	PASTA POLIONDA 55MM AZUL POLIBRAS	42021210	0500	5405	UN	5	5,65	28,25	0,00	0,00	0,00	11,45
0000000012728	PILHA AAA COM. UN. FX-3AZ FLEX	85061019	0102	5102	UN	52	0,68	35,36	0,00	0,00	0,00	12,12

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VENDEDOR: TATI PEDIDO DE COMPRA - 49362 CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS Valor Aprox.dos Tributos R$ 466,08 (32,32%) - Lei 12.741 Fonte: IBPT AB35A7 I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL ,II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI

RESERVADO AO FISCO

Aniceto Informatica (19) 3672-0677 www.aniceto.com.br Fabrica de Softwares Personalizados email: aniceto@aniceto.com.br

Impresso em: 10/10/2024 as 07:53:07

RECEBEMOS DE MARQUES E PAVANI LTDA ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO . EMISSÃO: 10/10/2024 VALOR TOTAL:1.442,01 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL , RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 ,JARDIM SAO CARLOS, 13650-254, Santa Cruz das Palmeiras-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e N. 00011111 SÉRIE 1**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.44
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 77.232-2

FAVORECIDO: MICHELLE KATERINE RIBEIRO PEDRA E C
CPF/CNPJ: 07.046.965/0001-64
VALOR: R$ 587,94
DEBITO EM: 06/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110603
AUTENTICACAO SISBB: D.175.AE7.7B9.F27.171

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1929

Data de Emissão
05/11/2024

Data e Hora da Competência
05/11/2024 às 15:28:54

Código de Verificação
7292-0907-4493

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	07.046.965/0001-64	**Cód. Mobiliário**	1376	**Insc. Mun.**	1376
Nome	MICHELLE KATERINE RIBEIRO PEDRA & CIA LTDA - ME				
Logradouro	RUA-SANTA CRUZ			**Número**	630-A
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-011
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	260
Bairro	JARDIM SAO CARLOS	**CEP**	13650-254
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento		**País**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
568	- SERVIÇO DE MONITORAMENTO E CONTROLE DE PRAGAS.	600,0000	1,00	600,00

Valor Total dos Serviços - R$600,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

- SERVIÇO DE MONITORAMENTO E CONTROLE DE PRAGAS NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO "DOUTOR JOZE ZENEDIN" NA CIDADE DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS.
R$ 600,00
CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 04/2024
CHAMAMENTO PUBLICO Nº 01/2024
DADOS BANCARIOS - BANCO SICREDI - AGENCIA 0718 / CONTA CORRENTE 77232-2 - CNPJ 07,046,965/0001-64

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 600,00

Atividade
07.13-DEDETIZAÇÃO, DESINFECÇÃO, DESINSETIZAÇÃO, IMUNIZAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO, PULVERIZAÇÃO E CON

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,0100	600,00	0,00	12,06	12,06

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 587,94

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: MICHELLE KATERINE RIBEIRO PEDRA & CIA LTDA - ME CNPJ: 07.046.965/0001-64

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1929** emitida em **05/11/2024** às **15:28:54 -** Cód Verif **7292-0907-4493**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **600,00** Valor Líquido R$ **587,94**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.44
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 11.619.194-4

FAVORECIDO: 35.816.239 PATRICIA APARECIDA FRANC
CPF/CNPJ: 35.816.239/0001-19
VALOR: R$ 12.000,00
DEBITO EM: 06/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110604
AUTENTICACAO SISBB: C.5C6.8CE.87F.BA1.1C5

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35533022235816239000119000000000002224119971884878

Número da NFS-e
22

Competência da NFS-e
01/11/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e
01/11/2024 07:45:53

Número da DPS
30

Série da DPS
900

Data e Hora da emissão da DPS
01/11/2024 07:45:53

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

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
35.816.239/0001-19

Inscrição Municipal
-

Telefone
(19) 9210-9474

Nome / Nome Empresarial
35.816.239 PATRICIA APARECIDA FRANCO

E-mail
EDITORAUNIDALTDA@HOTMAIL.COM

Endereço
BENEDITO CLAUDINO, 21, JARDIM SANTA CAROLINA

Município
Tambaú - SP

CEP
13710-000

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
45.349.461/0021-56

Inscrição Municipal
-

Telefone
-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail
-

Endereço
JOVINO MARTINS DA SILVA, 260, JARDIM SAO CARLOS

Município
Santa Cruz das Palmeiras - SP

CEP
13650-254

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
17.03.03 - Planejamento, coordenação, programação ou organização adm...

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Santa Cruz das Palmeiras - SP

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Contrato de Gestão 89/2024 - Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras Serviços de gestão administrativa e operacional referente ao mês de outubro de 2024

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tambaú - SP

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 12.000,00

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 12.000,00

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 12.000,00

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

07/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:57:42
306203062 SEGUNDA VIA 0011
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 07/11/2024
NR. DOCUMENTO 552.706.000.022.348
VALOR TOTAL 231,84
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CAROLINA RUFFO CASTRO
AGENCIA: 2706-5 CONTA: 22.348-4
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 1.B82.6EE.AF3.4D6.602

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8976	ACILEY TUANI VICHINHSK	462.583.658-17	18304-0	2.973,04
8979	ALEX HENRIQUE GONCALVES	426.718.018-07	24890-8	2.983,11
8977	ALICE CRISTINA GALIMBERTI BLEM	369.276.088-42	24451-1	3.002,16
8978	ALINE CAMILA ROSA MALAFATTI	375.813.788-88	24460-0	1.737,76
8980	ANA CLAUDIA BEZERRA DA SILVA	439.114.488-30	24805-3	2.111,64
8956	ANA LAURA MARGUTTI VISENTAINE	418.647.908-90	24911-4	2.194,51
8981	ANA PAULA MARQUES	168.049.138-50	24449-X	1.941,59
8969	ANGÉLICA BARBOSA GOMES	328.639.848-96	113788-3	801,79
8983	BIANCA LUIZA QUADRELLI	508.897.608-96	23.079-0	1.643,17
8957	BRUNA MARIA DE SOUZA DENARDI	453.863.528-65	106604-8	3.767,28
8955	CAMILA BERNADOCHI	368.829.488-28	24.480-5	3.616,85
8984	CARLOS ROBERTO TEIXEIRA	071.079.588-28	12913-5	2.929,85
9010	CAROLINA RUFFO CASTRO	390.738.018-50	22348-4	231,84
8985	CIBELE DE SOUZA LIMA	492.203.268-17	24468-6	1.386,18
8986	CINTIA APARECIDA MENDES	351.513.648-71	109.280-4	3.364,80
8987	DANIELA ANSELMO	322.272.888-76	24459-7	2.388,29
8988	DANILO DE LIMA OLIVEIRA	017.439.243-56	24446-5	1.856,89
8989	EDSON BARBOSA DA SILVA	301.261.148-70	106521-1	5.149,33
8990	EMMANUEL RAFAEL NOGUEIRA	368.403.638-21	21691-7	2.908,51
8991	EVA ROSANGELA RODRIGUES COEL	422.254.098-62	24824-x	2.737,15
8992	FERNANDA RAMOS SOSSAI	324.321.408-42	24465-1	2.726,38
8995	FLAVIA APARECIDA FERREIRA DA S	440.092.538-27	24.450-3	2.014,85
8958	JANAINA SILVA DE SOUZA	178.702.908-58	46006-0	3.182,50
8994	JESSICA MARIANO	361.762.858-36	198.938-3	2.967,12
8964	JONATHAN EMANOEL AUGUSTO	118.955.996-01	24932-7	808,58
8997	JOSEFA ALEXANDRE DA SILVA	334.455.548-03	24476-7	1.854,65
8968	JULIANA MODOLO	327.512.478-14	17899-3	962,15
8998	LAIS GOMES PACANHELA PIRES	493.205.458-04	24.463-5	2.069,70
8999	LORRAINE DE OLIVEIRA DA SILVA	460.065.618-08	24452-X	1.851,63
9000	LUANA SANTANA DA SILVA FERREIF	454.204.788-11	25007-4	3.531,30
9001	MAERCIO APARECIDO DA SILVA	123.437.728-43	24443-0	3.916,77
8965	MAILA CAROLINA FERNANDES DOS	346.768.348-70	24928-9	536,25
9002	MARCIA DO NASCIMENTO CARVALH	009.973.246-78	18486-1	1.854,65
9003	MARCIA RENATA SANTAROSA	252.166.938-58	24113-X	3.140,42
9007	MARINA SIMOES MINIERI	430.705.598-59	28504-8	6.665,23
9008	MONICA BENTO	139.522.488-94	21039-0	2.388,29
9017	NAILSON FONSECA TEIXEIRA	067.377.925-45	24470-8	2.061,91
9018	RAPHAEL BULHOES CORVINO	333.109.078-64	24447-3	2.299,22
9020	RAQUEL APARECIDA PEREIRA	313.893.298-36	19391-7	2.388,29
9019	RENATO BRANDAO DE OLIVEIRA	466.751.008-07	24453-8	2.282,92
9021	RIAN PIRES DA SILVA	475.599.398-99	24455-4	1.613,68
9022	RICARDO ALONSO DARONCO	168.048.938-08	24.442-2	1.675,72
8962	ROBERTA MARTINS BENEDITO	367.664.938-95	24929-7	893,80
9023	RODRIGO GERVASIO PEDRO	175.584.068-38	24454-6	2.321,83
9026	SARA SUZART DE SOUZA	364.682.208-23	24469-4	1.910,69
9028	TAMIRES APARECIDA PEREIRA	392.038.808-95	24.475-9	1.779,67
9029	THAIS CRISTINA ANTONIO BARZON	379.610.008-28	107450-4	2.151,22
8960	THAYNA FRANCISQUELLI ZANIN	389.660.238-19	106203-4	3.888,19
9030	UIVER EDUARDO RAMIRO GASPARI	510.695.488-63	24462-7	1.613,68
9031	VERA LUCIA MARQUESAN	276.718.848-04	24472-4	1.854,65
9032	VICTORIA HELENA MARGUTTI MEN	365.833.008-26	24458-9	1.613,68
9005	ZENILDA PEREIRA DOS SANTOS	160.790.708-98	24474-0	2.388,29
	Empregados: 52 Estagiários: 0 Contribuintes: 0		Total da Empresa:	122.933,65

SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, 05/11/2024 Responsável: _____

08/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:53:53
306203062 SEGUNDA VIA 0011
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 08/11/2024
NR. DOCUMENTO 554.271.000.019.632
VALOR TOTAL 2.862,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TEX WORK UNIFORMES E EQUI
AGENCIA: 4271-4 CONTA: 19.632-0
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 6.E2D.625.816.07E.672

Recebemos de TEX WORK UNIFORMES E EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA LTDA os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: AHBB REDE SANTA CASA - USB SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - Rua JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 - JARDIM SAO CARLOS - Santa Cruz das		Data de Emissão 30/10/2024	**NFe Nº 0000006626**
Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor	Valor Total da Nota 14.312,00	**Série 001**

TEX WORK UNIFORMES E EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA LTDA - TEX
Rua MILTON DO LAGO GARCIA, 55 - - JD AMARYLIS - 37705-214 - Pocos de Caldas - MG - Fone/Fax: 35 3712 3355

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0 **1**
Nº 0000006626
Série 001
Folha 1/2

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3124 1006 1274 8200 0393 5500 1000 0066 2614 6530 3475

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza de Operação		Protocolo de Autorização
Venda a prazo		131246265773785 - 30/10/2024 - 14:11:36
Inscrição Estadual	**Inscrição Estadual Sub. Tributária**	**CNPJ/CPF**
5182748020116		06.127.482/0003-93

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF	Data de Emissão
AHBB REDE SANTA CASA - USB SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			45.349.461/0021-56	30/10/2024
Endereço		**Bairro/Distrito**	**CEP**	**Data Saída/ Entrada**
Rua JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 -		JARDIM SAO CARLOS	13650-254	30/10/2024
Município	**Fone**	**UF**	**Inscrição Estadual**	**Hora Saída/Entrada**
Santa Cruz das Palmeiras		SP		13:36:00

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	31/10/2024	7.156,00	002	20/12/2024	7.156,00									

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Cálc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	4.501,19	14.312,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	Valor Deson.	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.312,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transporte				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

	Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Desconto	Vlr. Total	BC Icms	Vlr. Icms	Vlr. IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	Vlr Aprox dos Trib.
1	25572	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/P*	61091000	0102	6101	UN	4,0000	85,0000	0,00	340,00	0,00	0,00	0,00	0,00		106,93
2	25573	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/M*	61091000	0102	6101	UN	2,0000	85,0000	0,00	170,00	0,00	0,00	0,00	0,00		53,47
3	25574	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/G*	61091000	0102	6101	UN	2,0000	85,0000	0,00	170,00	0,00	0,00	0,00	0,00		53,47
4	25575	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/GG*	61091000	0102	6101	UN	2,0000	85,0000	0,00	170,00	0,00	0,00	0,00	0,00		53,47
5	25576	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/XG*	61091000	0102	6101	UN	6,0000	95,0000	0,00	570,00	0,00	0,00	0,00	0,00		179,27
6	25577	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/EXG*	61091000	0102	6101	UN	2,0000	95,0000	0,00	190,00	0,00	0,00	0,00	0,00		59,76
7	25622	CAMISETE 3650 TRICOLINE BOTAO MANGA 3/4 *1222 AZUL MARINHO/ESPECIAL*	61091000	0102	6101	UN	2,0000	108,0000	0,00	216,00	0,00	0,00	0,00	0,00		67,93
8	25579	CAMISA SOC TRICOLINE ML *1222 AZUL MARINHO/P*	61059000	0102	6101	UN	4,0000	85,0000	0,00	340,00	0,00	0,00	0,00	0,00		106,93
9	25581	CAMISA SOC TRICOLINE ML *1222 AZUL MARINHO/G*	61059000	0102	6101	UN	2,0000	85,0000	0,00	170,00	0,00	0,00	0,00	0,00		53,47
10	25601	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/G*	62052000	0102	6101	UN	14,0000	80,0000	0,00	1.120,00	0,00	0,00	0,00	0,00		352,24
11	25588	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/G*	61034900	0102	6101	UN	2,0000	62,0000	0,00	124,00	0,00	0,00	0,00	0,00		39,00
12	25589	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/GG*	61034900	0102	6101	UN	2,0000	62,0000	0,00	124,00	0,00	0,00	0,00	0,00		39,00
13	25591	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/EXG*	61034900	0102	6101	UN	6,0000	71,0000	0,00	426,00	0,00	0,00	0,00	0,00		133,98
14	25625	CAMISA MILITAR TRICOLINE ML *1222 AZUL MARINHO/P*	61059000	0102	6101	UN	2,0000	85,0000	0,00	170,00	0,00	0,00	0,00	0,00		53,47
15	25626	CAMISA MILITAR TRICOLINE ML *1222 AZUL MARINHO/M*	61059000	0102	6101	UN	2,0000	85,0000	0,00	170,00	0,00	0,00	0,00	0,00		53,47
16	25627	CAMISA MILITAR TRICOLINE ML *1222 AZUL MARINHO/G*	61059000	0102	6101	UN	4,0000	85,0000	0,00	340,00	0,00	0,00	0,00	0,00		106,93
17	25629	CAMISA MILITAR TRICOLINE ML	61059000	0102	6101	UN	2,0000	95,0000	0,00	190,00	0,00	0,00	0,00	0,00		59,76

TEX WORK UNIFORMES E EQUIPAMENTOS DE SEGURANCA LTDA - TEX
Rua MILTON DO LAGO GARCIA, 55 - - JD AMARYLIS - 37705-214 - Pocos de Caldas - MG - Fone/Fax: 35 3712 3355

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0 **1**
Nº 0000006626
Série 001
Folha 2/2

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3124 1006 1274 8200 0393 5500 1000 0066 2614 6530 3475

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza de Operação	Protocolo de Autorização
Venda a prazo	131246265773785 - 30/10/2024 - 14:11:36

Inscrição Estadual	Inscrição Estadual Sub. Tributária	CNPJ/CPF
5182748020116		06.127.482/0003-93

		1222 AZUL MARINHO/XG															
18	25587	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/M*	61034900	0102	6101	UN	4,0000	62,0000	0,00	248,00	0,00	0,00	0,00	0,00		78,00
19	25602	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/GG*	62052000	0102	6101	UN	12,0000	80,0000	0,00	960,00	0,00	0,00	0,00	0,00		301,92
20	25603	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/XG*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	90,0000	0,00	180,00	0,00	0,00	0,00	0,00		56,61
21	25604	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/EXG*	62052000	0102	6101	UN	10,0000	90,0000	0,00	900,00	0,00	0,00	0,00	0,00		283,05
22	25617	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/ESPECIAL*	62052000	0102	6101	UN	4,0000	103,0000	0,00	412,00	0,00	0,00	0,00	0,00		129,57
23	25588	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/G*	61034900	0102	6101	UN	20,0000	62,0000	0,00	1.240,00	0,00	0,00	0,00	0,00		389,98
24	25589	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/GG*	61034900	0102	6101	UN	8,0000	62,0000	0,00	496,00	0,00	0,00	0,00	0,00		155,99
25	25590	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/XG*	61034900	0102	6101	UN	2,0000	71,0000	0,00	142,00	0,00	0,00	0,00	0,00		44,66
26	25591	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/EXG*	61034900	0102	6101	UN	4,0000	71,0000	0,00	284,00	0,00	0,00	0,00	0,00		89,32
27	25605	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1043 VERDE BR (4360)/P*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	80,0000	0,00	160,00	0,00	0,00	0,00	0,00		50,32
28	25598	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1043 VERDE BR (4360)/G*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	80,0000	0,00	160,00	0,00	0,00	0,00	0,00		50,32
29	25607	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1043 VERDE BR (4360)/GG*	62052000	0102	6101	UN	12,0000	80,0000	0,00	960,00	0,00	0,00	0,00	0,00		301,92
30	25608	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1043 VERDE BR (4360)/XG*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	90,0000	0,00	180,00	0,00	0,00	0,00	0,00		56,61
31	25623	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1043 VERDE BR (4360)/ESPECIAL*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	103,0000	0,00	206,00	0,00	0,00	0,00	0,00		64,79
32	25592	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1043 VERDE BR (4360)/P*	61034900	0102	6101	UN	2,0000	62,0000	0,00	124,00	0,00	0,00	0,00	0,00		39,00
33	25594	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1043 VERDE BR (4360)/G*	61034900	0102	6101	UN	8,0000	62,0000	0,00	496,00	0,00	0,00	0,00	0,00		155,99
34	25595	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1043 VERDE BR (4360)/GG*	61034900	0102	6101	UN	6,0000	62,0000	0,00	372,00	0,00	0,00	0,00	0,00		116,99
35	25596	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1043 VERDE BR (4360)/XG*	61034900	0102	6101	UN	2,0000	71,0000	0,00	142,00	0,00	0,00	0,00	0,00		44,66
36	25600	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/M*	62052000	0102	6101	UN	4,0000	95,0000	0,00	380,00	0,00	0,00	0,00	0,00		119,51
37	25601	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/G*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	95,0000	0,00	190,00	0,00	0,00	0,00	0,00		59,76
38	25602	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/GG*	62052000	0102	6101	UN	2,0000	95,0000	0,00	190,00	0,00	0,00	0,00	0,00		59,76
39	25604	CAMISA CIRURGICA CEDROPAC LEVE UNISOFT GOLA V MC *1242 AZUL MARINHO (5228)/EXG*	62052000	0102	6101	UN	6,0000	107,0000	0,00	642,00	0,00	0,00	0,00	0,00		201,91
40	25587	CALCA PROF ELASTICO TOTAL CEDROPAC UNIVERSAL *1242 AZUL MARINHO (5228)/M*	61034900	0102	6101	UN	4,0000	62,0000	0,00	248,00	0,00	0,00	0,00	0,00		78,00

Dados Adicionais

Informações Complementares	Informações Adicionais do Fisco
I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Trib Aprox. R$ 1.925,03 Fed - R$ 2.576,16 Est - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome B047CD DAV - 5024	

CC-e

Carta de Correção Eletrônica

Controle do Fisco

Chave de Acesso

31241006127482000393550010000066261465303475

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

CNPJ/CPF Emitente	06.127.482/0003-93
Data/Hora Autorização	07/11/2024 - 18:05:27
Protocolo	131246282868259
Número/Série	000006626 / 001
Orgão	31
Evento	Carta de Correcao
Tipo Evento	-99999
Seq. Evento	1
Versão Evento	1.00

Correção

TERMO DE CONVENIO:89/2024

A Carta de Correção é disciplinada pelo parágrafo 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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 83.910-4

FAVORECIDO: MARQUES E PAVANI LTDA
CPF/CNPJ: 74.398.603/0001-20
VALOR: R$ 99,75
DEBITO EM: 08/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110801
AUTENTICACAO SISBB: 4.CBB.643.10A.974.5FC

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

GRAFITE PAPELARIA

MARQUES E PAVANI LTDA ME

AVENIDA CONSTANTINO STOCCO, 189 - CENTRO
13650-019 Santa Cruz das Palmeiras - SP
(19) 3672-3683
papelariagrafite.scp@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA **1**

N. 00011119

SÉRIE 1

FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3524 1074 3986 0300 0120 5500 1000 0111 1910 8515 9606

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
135242308440499 14/10/2024 08:52:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
611.012.827.110		**74.398.603/0001-20**

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	14/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260	JARDIM SAO CARLOS		13650-254	14/10/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Santa Cruz das Palmeiras		SP		08:50:42

FATURA/DUPLICATA

FATURA: Numero:011119 Valor Orig:99.75 Valor:99.75

001 13/11/2024 R$ 99,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	99,75

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX TRIB	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	39,08	**99,75**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	VOLUMES	DIVERSOS			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
0000000006727	DISPLAY OFFICE A4 CRISTAL 10090013 WALEU	39261000	0500	5405	UN	5	19,95	99,75	0,00	0,00	0,00	39,08

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VENDEDOR: TATI CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS Valor Aprox.dos Tributos R$ 39,08 (39,18%) - Lei 12.741 Fonte: IBPT AB35A7 I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL ,II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE MARQUES E PAVANI LTDA ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO . EMISSÃO: 14/10/2024 VALOR TOTAL:99,75 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL , RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 ,JARDIM SAO CARLOS, 13650-254, Santa Cruz das Palmeiras-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e N. 00011119 SÉRIE 1**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 685.119.542-3

FAVORECIDO: AGNODIKE LTDA
CPF/CNPJ: 51.205.875/0001-60
VALOR: R$ 290.418,82
DEBITO EM: 08/11/2024
==========
DOCUMENTO: 110802
AUTENTICACAO SISBB: D.00C.582.566.6B0.A6C

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20241106u51205875000160

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000002	06/11/2024 15:19:08	VFGE-M7LN

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **51.205.875/0001-60** Inscrição Municipal: **1.509.137-6**
Nome/Razão Social: **AGNODIKE LTDA**
Endereço: **AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0021-56** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **R Jovino Martins da Silva - Jardim São Carlos - CEP: 13650-254**
Município: **Santa Cruz das Palmeiras** UF: **SP** E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO DE 01/10 À 31/10 DE 2024 EM CONFORMIDADE COM O CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024 FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS E A AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor total bruto: R$ 309.450,00

CNPJ: 51.205.875/0001-60
AGNODIKE LTDA

Dados Bancários:
Banco Nubank - 260
AG 0001
CC 685119542-3
PIX CNPJ: 51.205.875/0001-60

Dispensa de retenção de INSS, serviço prestado pelo próprio sócio da empresa (de acordo com o artigo 115 da IN RFB nº 2.110/2022)

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 309.450,00

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	4.641,75	3.094,50	9.283,50	2.011,43

Código do Serviço
04030 - Medicina e biomedicina.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	309.450,00	2,00%	6.189,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2024;

PEGAPLANTÃO

ESCALA DE PLANTÕES

LOCAL: PAI- SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - CLÍNICO - PAI
PROFISSIONAL DE PLANTÃO
01/10/2024~31/10/2024

gerado em 06/11/2024 às 17:10h (UTC -3)

SEG 30/09	TER 01/10	QUA 02/10	QUI 03/10	SEX 04/10	SÁB 05/10	DOM 06/10
	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00
	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Francine Roterotte	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Carolina Folini
	(CO) Francine Roterotte	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Gabriela A. Sacoman	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano
	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	(CO) Jaime G. J. Montano	19:00~07:00
	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Gabriela A. Sacoman	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Jaime G. J. Montano	19:00~07:00	(CO) Jaime G. J. Montano
	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Luiz A. da C. Grau	Joao P. R. Semensato	(CO) Priscila A. da Silva	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Luiz A. da C. Grau

SEG 07/10	TER 08/10	QUA 09/10	QUI 10/10	SEX 11/10	SÁB 12/10	DOM 13/10
07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00
(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Francine Roterotte	Luiz G. F. da Silva	(CO) Joao L. P. Aguiar	(CO) Paulo H. B. Fernandes
(CO) Lucas H. R. de Almeida	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Igor M. Sarkis	(CO) Paulo H. B. Fernandes	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Rafael A. A. da Silva
19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00
(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Igor M. Sarkis	(CO) Beatriz S. Cruz	(CO) Lucas H. R. de Almeida	(CO) Luiz G. F. da Silva	(CO) Luiz A. da C. Grau
(CO) Priscila A. da Silva	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Paulo H. B. Fernandes	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Paulo H. B. Fernandes

SEG 14/10	TER 15/10	QUA 16/10	QUI 17/10	SEX 18/10	SÁB 19/10	DOM 20/10
07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00
(CO) André L. Esteves	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Paulo H. B. Fernandes	(CO) Francine Roterotte	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Carolina Folini
(CO) Lucas H. R. de Almeida	(CO) Francine Roterotte	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Paulo H. B. Fernandes	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano
19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00
(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Beatriz S. Cruz	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Beatriz S. Cruz	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Fernanda S. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano
(CO) Priscila A. da Silva	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Luiz G. F. da Silva	(CO) Carolina Folini	(CO) Priscila A. da Silva	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Luiz A. da C. Grau

SEG 21/10	TER 22/10	QUA 23/10	QUI 24/10	SEX 25/10	SÁB 26/10	DOM 27/10
07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00
(CO) André L. Esteves	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Francine Roterotte	Lucas H. R. de Almeida	(CO) Joao L. P. Aguiar	(CO) Jaime G. J. Montano
(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Francine Roterotte	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Paulo H. B. Fernandes	(CO) Luiz G. F. da Silva	(CO) Lucas H. R. de Almeida	(CO) Natalia S. Ruffo
19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00
(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Beatriz S. Cruz	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Beatriz S. Cruz	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Joao L. P. Aguiar	(CO) Jaime G. J. Montano
(CO) Priscila A. da Silva	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Paulo H. B. Fernandes	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Luiz G. F. da Silva	(CO) Joao P. R. Semensato	(CO) Luiz A. da C. Grau

SEG 28/10	TER 29/10	QUA 30/10	QUI 31/10
07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00	07:00~19:00
(CO) André L. Esteves	(CO) Antonio F. N. Nogueira	(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Francine Roterotte
(CO) Jaime G. J. Montano	(CO) Francine Roterotte	(CO) Rafael A. A. da Silva	(CO) Joao L. P. Aguiar
19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00	19:00~07:00
(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Beatriz S. Cruz	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Beatriz S. Cruz
(CO) Priscila A. da Silva	(CO) Luiz A. da C. Grau	(CO) Luiz G. F. da Silva	(CO) Jaime G. J. Montano

~~Nome profissional:~~ Afastado por motivos diversos e sem cobertura | **FU:** Furo | **FJ:** Falta Justificada | **FN:** Falta Não Justificada | **CO:** Cobertura | **FR:** Férias

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 83.910-4

FAVORECIDO: MARQUES E PAVANI LTDA
CPF/CNPJ: 74.398.603/0001-20
VALOR: R$ 13,50
DEBITO EM: 11/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111101
AUTENTICACAO SISBB: 5.CB8.125.DF5.B17.932

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**1107**
Data de Emissão	**15/10/2024**
Data e Hora da Competência	**15/10/2024 às 10:52:35**
Código de Verificação	9275-6879-9429

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ	74.398.603/0001-20	**Cód. Mobiliário**	3195	**Insc. Mun.**	3195
Nome	MARQUES & PAVANI LTDA - ME			**RG/IE**	000611012827110
Logradouro	AV.-CONSTANTINO STOCCO			**Número**	189
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-019
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
97	ENCADERNAÇAO	4,6500	1,00	4,65
99	ENCADERNAÇÃO	9,4000	1,00	9,40

Valor Total dos Serviços - R$14,05

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 14,05

Atividade
01.01-ANÁLISE E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS;

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,9200	14,05	0,00	0,55	0,55

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 13,50

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Recebi(emos) do Prestador: MARQUES & PAVANI LTDA - ME CNPJ: 74.398.603/0001-20

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1107** emitida em **15/10/2024** às **10:52:35 -** Cód Verif **9275-6879-9429**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **14,05** Valor Líquido R$ **13,50**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 36.379-1

FAVORECIDO: SILMARA CRISTINA FURTADO LUNARDI
CPF/CNPJ: 32.863.134/0001-22
VALOR: R$ 134,50
DEBITO EM: 11/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111102
AUTENTICACAO SISBB: A.761.32E.A5D.1D3.236

Recebemos de SILMARA CRISTINA FURTADO LUNARDI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 16/10/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 134,50

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.000.881
Série 001

SILMARA CRISTINA FURTADO LUNARDI

RUA SANTA CRUZ, 264 - CENTRO -
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP - CEP: 13650-011
Fone: (19)3672-1432
papelarialunascp@gmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.000.881
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO
3524 1032 8631 3400 0122 5500 1000 0008 8115 4306 6520

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda Mercadoria	**135242334738432 16/10/2024 15:18:35**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
611031149117		32.863.134/0001-22

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	16/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS		13650-254	16/10/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	(16)3374-8438		15:18:32

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	44,56 (33,13 %)	134,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	134,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				

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	OSN / C	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
019899	LACRE PARA MALOTE VERMELHO ESCADA PP 16CM. PCT.C/100 14160045 - TYKHEPLAS	39235000	0102	5102	PE	50,00	0,16	0,00	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000193	BATERIA 9 V	40117090	0500	5405	UND	2,00	3,95	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
019887	BOB. RELOGIO PONTO TERM. BCA 57MMX 300M 48GR SILFE(E)	48209000	0102	5102	CX6	2,00	27,00	0,00	54,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
019754	ETIQUETA PARA CODIGO DE BARRAS COUCHE 34X24X30M 3CARREIRAS ROLO GR1603 - GRESPAN	48211000	0102	5102	RL	2,00	32,30	0,00	64,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox R$ 20,34 Federal e R$ 24,21 Estadual Fonte: IBPT SP FADD79 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Permite o aproveitamento do credito de ICMS de R$ 0,00.Correspondente a aliquota de 0 % nos termos do art. 23 da LC 123. Contrato de Gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras. Dados para pagamento Banco Sicredi	

SILMARA CRISTINA FURTADO LUNARDI

RUA SANTA CRUZ, 264 - CENTRO -
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP - CEP: 13650-011
Fone: (19)3672-1432
papelarialunascp@gmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.000.881
Série 001
Folha 2/2

CHAVE DE ACESSO
3524 1032 8631 3400 0122 5500 1000 0008 8115 4306 6520

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda Mercadoria		**135242334738432 16/10/2024 15:18:35**
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO**	**CNPJ / CPF**
611031149117		32.863.134/0001-22

CONTINUACAO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Coop 0718
Conta 36379-1
CNPJ 32.863.134/0001-22
Conta Corrente
Silmara Cristina Furtado Lunardi

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 16/10/2024 15:18:51

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 274 - BMP SCMEPP LTDA
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 8.184.544-8

FAVORECIDO: JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA
CPF/CNPJ: 29.618.586/0001-34
VALOR: R$ 19.708,50
DEBITO EM: 11/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111103
AUTENTICACAO SISBB: 2.24E.898.505.F1C.A6F

PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA FAZENDA

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Prestador

DADOS DA NFS-e

Data e Hora de Emissão da NFS-e	Competência da NFS-e	Número / Série	Código de Verificação
05/11/2024 10:42:24	**11/2024**	**63 / U**	**OGJJB6Xrk**

EMITENTE DA NFS-e

CPF/CNPJ:
29.618.586/0001-34

Inscrição Municipal:
399898

Nome/Razão Social:
JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA

E-mail:
ADILSON@AERSERV.COM.BR

Endereço: RUA CLAUDIO MANOEL DA COSTA 158 VERGUEIRO

Município / País:	UF:	CEP:	Telefone:
SOROCABA / SP BRASIL	**SP**	**18030-083**	**(11) 9975-9090**

TOMADOR DO SERVIÇO

CPF/CNPJ:
45.349.461/0021-56

Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social:
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail:
financeiro@scp.ahbb.org.br

Endereço: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 JARDIM SAO CARLOS

Município / País:	UF:	CEP:	Telefone:
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS / SP BRASIL	**SP**	**13650-254**	**(16) 3374-8438**

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

CONTRATO DE GESTÃO Nº 089/2024 - Processo Administrativo Nº 004/2024 - Prefeitura de Santa Cruz das Palmeiras/SP Prestação de Serviços Radiológicos para o PRONTO ATENDIMENTO IMEDIATO - DR. JOSÉ ZENEDIN - Período 01/10/2024 a 31/10/2024.

DADOS BANCÁRIOS DO PRESTADOR DE SERVIÇOS:
BANCO GRAFENO : 274
AG. 0001
CONTA CORRENTE: 08184544-8

Serviços prestados pelos próprios sócios no exercício de profissão regulamentada por legislação federal isento do INSS conforme previsto no artigo 120,inciso III, parágrafo 2º da IN/RFB nº 971/2009.

DETALHAMENTO DO SERVIÇO

CNAE: **864020500 - SERVICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM COM USO DE RADIACAO IONIZANTE, EXCETO TOMOGRAFIA**

Serviço: **04.02 - ANALISES CLINICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MEDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-**

Município da Incidência do ISSQN	Município / País da Prestação do Serviço	Responsável pelo recolhimento do ISSQN
SOROCABA - SP	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS / SP**	**PRESTADOR**
Exigibilidade do ISSQN	**Situação do prestador perante o Simples Nacional**	**Regime especial de tributação do ISSQN**
Exigível	**NÃO OPTANTE**	**-**

CÁLCULO DO ISSQN

Valor Serviço (R$)	Deduções (R$)	Desc. Incondicionado (R$)	Base Cálculo ISSQN (R$)	Alíquota	Valor ISSQN
21.000,00	**0,00**	**0,00**	**21.000,00**	**4,000000**	**840,00**

RETENÇÕES

ISSQN (R$)	IRRF (R$)	PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)
0,00	**315,00**	**136,50**	**630,00**	**0,00**	**210,00**	**0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA

Base Cálculo ISSQN (R$)	Retenções (R$)	Descontos (R$)	Valor Líquido (R$)
21.000,00	**1.291,50**	**0,00**	**19.708,50**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Data de pagamento da NF:

Regra especial:

Número da nota fiscal substituida:

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0032-9 - S ANDRE BAIRRO UTINGA
CONTA: 26.224-8

FAVORECIDO: TDR CONSERVACAO E MANUTENCAO LTDA
CPF/CNPJ: 25.134.494/0001-28
VALOR: R$ 9.000,42
DEBITO EM: 11/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111104
AUTENTICACAO SISBB: 4.6C7.E3B.960.5B4.0ED

TDR MULTISERVIÇOS facilities e locação	**TDR CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO LTDA** **CNPJ Nº 25.134.494/0001-28** **AVENIDA BENTO DA SILVA BUENO,** **Nº1076 – PARAÍSO (POLVILHO) CEP** **07793-690 - CAJAMAR – SÃO PAULO**	**Fatura Nº 1079/24** **Emissão** **01/11/2024**

DESTINATÁRIO

Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Endereço: Rua Jovino Martins da Silva

Bairro: Jardim São Carlos Cidade: Santa Cruz das Palmeiras/SP

CEP: 13.650-254 Inscrição Municipal: ISENTO

CNPJ: 45.349.461/0021-56 Telefone:

CONTRATO:	**PAGAMENTO:**	
LOCAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DE ENXOVAL	Forma de Pagamento: Todo dia 10 após emissão da fatura	**Vencimento** **10/11/2024**

Prestação de serviços de lavanderia a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, referente ao período 01/10/2024 até 31/10/2024 na unidade Upa Santa Cruz das Palmeiras, conforme contrato de Gestão sob n° 089/2024.

Forma De Pagamento: DEPÓSITO BANCÁRIO

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

Serviços de locação com higienização de enxoval hospitalar Vinculado ao Contrato Gestão n° 001/2023.

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

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

Valor Total da Fatura R$ **9.000,42**

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ - 45.349.461/0001-02
RUA DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 50 - BAIRRO WILLIANS - GARÇA
CONTRATO DE GESTÃO - 089/2024
PROC. ADM
UPA SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

RELATORIO MENSAL DE LOCAÇÃO DE ENXOVAL COM HIGIENIZACAO - AHBB - HOSPITAL SANTO ANTONIO LOUVEIRA - OUTUBRO 2024

01/out	02/out	03/out	04/out	05/out	06/out	07/out	08/out	09/out	10/out	11/out	12/out	13/out	14/out	15/out		T.KG	Preço kg	R$ 7,80	vl total
130			128				142			127			119			646			R$ 5.038,80
16/out	17/out	18/out	19/out	20/out	21/out	22/out	23/out	24/out	25/out	26/out	27/out	28/out	29/out	30/out	31/out		Preço kg	R$ 7,80	vl total
		118				132			127			130,9				507,9			R$ 3.961,62
																			R$ 9.000,42

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.05.45
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 403 - CORA SCFI
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 2.903.740-6

FAVORECIDO: GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA
CPF/CNPJ: 32.851.281/0001-82
VALOR: R$ 30.250,00
DEBITO EM: 11/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111105
AUTENTICACAO SISBB: 1.512.7BA.D1A.CA3.C2D

RECIBO DE LOCAÇÃO

RECIBO DE LOCAÇÃO **000111** Pag.: 1 of 1

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

RAZAO SOCIAL / NOME	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0021-56	06/11/2024

ENDERECO	BAIRRO	CEP
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SÃO CARLOS	13650254

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG
SANTA CRUZ DAS PALEMIRAS	(16) 3374-8438	SP	ISENTO

NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
000111	10/011/2024	30.250,00						

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
AP	1	RAIOS-X FIXO ATÉ 500 Mah, RAIOS-X MÓVEL de 100 Mah, APARELHO DE ULTRASSOM C/ 3 SONDAS ,IMPRESSORA DE EXAMES,SOFTWARE PACS, CR DIGITALIZADORA	30.250,00	30.250,00

Cobr.: Banco:CORA 403 Ag.:0001. Cc:2903740-6. PIX CNPJ: 32851281/0001-82
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
PERÍODO 01/10/2024 À 31/10/2024, VENCIMENTO: 10/11/2024
CONTRATO DE GESTÃO 089/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

VALOR TOTAL: 30.250,00

Nº
00111

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

_____/_____/_____ Data

_____ Carimbo/Assinatura

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891120321785480718115424361093198960000030000
BENEFICIARIO:
SARTORI TECNOL DA INFORMACAO
NOME FANTASIA:
SARTORI TECNOL DA INFORMACAO
CNPJ: 03.738.657/0001-49
BENEFICIARIO FINAL:
SARTORI TECNOL DA INFORMACAO
CNPJ: 03.738.657/0001-49
PAGADOR:
ASSOSSIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.106
DATA DE VENCIMENTO 10/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 11/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 300,00
VALOR COBRADO 300,00
==========
NR.AUTENTICACAO 2.DCC.BD0.435.AFE.C61
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SARTORI TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO LTDA ME
RUA CEL JOSE VILELLA , 347 - 13710-000 - Tambaú SP
IE: 680086161119 - CNPJ 03.738.657/0001-49

Nota Fiscal de Comunicações Modelo 21 - Série 166
N° 2807 Emissão: 01/11/2024
CFOP: 5303

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOSSIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB
R.DR ORLANDO T SANTOS, 50 SEDE EMPRESA
17402-064 WILLIAMS Garça(SP)

N° de Referência: 12093
CNPJ/CPF: 45.349.461/0021-56
Inscrição Estadual:

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	300,00	0,00	300,00

Chave de Codificação Digital	Situação do documento fiscal
2ee6.e64c.6009.064a.b2c3.7286.1b61.94e3	

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALIQUOTA ICMS
1	(1) PLANO FIBRA LINK DEDICADO IP FIXO (IV-) (Período: 28/10/2024 Até 10/11/2024)	150,00	0,00	0,00
2	(1) PLANO FIBRA LINK DEDICADO IP FIXO-(IV-) (Período: 28/10/2024 Até 10/11/2024)	150,00	0,00	0,00

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.

Sicredi |748-X| 74891.12032 17854.807181 15424.361093 1 98960000030000

Beneficiário: **SARTORI TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO LTDA ME**
CNPJ: **03.738.657/0001-49**
Inc. Estad.: **680086161119**
Endereço: **RUA CEL JOSE VILELLA , 347**
Fone: **36732405**

Agência / Código Beneficiário: **0718.15.42436**

Data do Processamento	*Nº Documento*	*Nosso Número*	*Vencimento*	*(=) Valor do Documento (R$)*
28/10/24	**O4LM012093**	**20/317854-2**	**10/11/2024**	**300,00**

Sacado: **ASSOSSIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0021-56**
Endereço: **RUA JOVINO MARTINS DA SILVA,260 JD SÃO CARLOS - Santa Cruz das Palmeiras SP 13650-000**
Referência:

Texto de responsabilidade do beneficiário:

Descrição:	**Período:**	**Valor:**
(1) PLANO FIBRA LINK DEDICADO IP FIXO (IV-)	**(28/10/2024 até 10/11/2024)**	**R$150.00**
(1) PLANO FIBRA LINK DEDICADO IP FIXO-(IV-)	**(28/10/2024 até 10/11/2024)**	**R$150.00**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Sicredi |748-X| 74891.12032 17854.807181 15424.361093 1 98960000030000

Local de Pagamento **PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO**					Vencimento **10/11/2024**
Beneficiário **SARTORI TECNOLOGIA DA INFORMACAO LTDA - CNPJ: 03738657000149**					Agência/Código Beneficiário **0718.15.42436**
Data Documento **28/10/2024**	Número do Documento **O4LM012093**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento **28/10/24**	Nosso Número **20/317854-2**
Carteira **CR**	Espécie **R$**	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento **300,00**
Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) **Juros: 1% ao mês** **Multa: 2% sobre o valor devido** **Anatel 1331** **Fone: 0800-773-2405 / 36739900 e-mail: financeirointernet@strnet.com.br**					(-) Desconto (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOSSIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AHBB** **CNPJ:45.349.461/0021-56** **RUA JOVINO MARTINS DA SILVA,260 JD SÃO CARLOS Santa Cruz das Palmeiras SP 13650-000** Sacador/Avalista					**Ficha de Compensação**

Autenticação Mecânica

```
18/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:05:45
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO BRADESCO S.A.
------------------------------------------------
23790371009428800000640006203307998970000154000
BENEFICIARIO:
OXIGENIO PORTO FERREIRA
NOME FANTASIA:
OXIGENIO PORTO FERREIRA
CNPJ: 13.386.847/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP
CNPJ: 13.386.847/0001-06
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE B
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          111.107
DATA DE VENCIMENTO                  11/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   11/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                    1.540,00
VALOR COBRADO                         1.540,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            B.609.F18.5B6.B36.BC6
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP

RUA: RUA CONSTANTINO JOAO **NRO:** 831

BAIRRO: JD PRIMAVERA

MUNICÍPIO: PORTO FERREIRA **UF:** SP

CEP: 13.660-084 **FONE:** (19) 3581-5619

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

NÚMERO 052440
SÉRIE 1
Página 1 de 1

Chave de acesso
35241013386847000106550010000524401000851646

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:
135242313849151 14/10/2024 16:03:25

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDAS NO ESTADO		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA**	**CNPJ**
555.040.931-119		13.386.847/0001-06

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	INS.ESTADUAL	SUFRAMA	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0021-56	ISENTO		14/10/2024
ENDEREÇO	**NRo**	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
JOVINO MARTINS DA SILVA	260	JARDIM SAO CARLOS	13650254		
MUNICÍPIO	**UF**	**COMPLEMENTO**	**TELEFONE**		**HORA DE SAÍDA/ENTRADA**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP		1633748438		

FATURA

NOTA	PARC	VECTO	VALOR
052440	01/01	11/11/2024	1.540,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.540,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,68	1.540,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO ANTT	UF	CNPJ/CPF

ENDEREÇO	NRo	MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL

FRETE POR CONTA	PLACA VEÍCULO-UF	QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
0-Emitente	-	7	RECARGA	DIVERSOS		0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST / CSOSN	CFOP	UN	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
33	OXIGENIO MEDICINAL GAS COMPRIMIDO 10M3 ONU1072	28044000	101	5102	M3	60,0000	24,0000	1.440,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
41	OXIGENIO MEDICINAL GAS COMPRIMIDO 1M3 ONU1072	28044000	101	5102	M3	1,0000	100,0000	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS/COMPLEMENTARES

INFORMACOES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DECLARAMOS QUE O PRODUTO ESTA ADEQUADAMENTE ACONDICIONADO PARA SUPORTAR OS RISCOS NORMAIS DE: CARREGAMENTO, DESCARREGAMENTO, TRANSPORTE E TRANSBORDO - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL - NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS NO VALOR DE: R$62,06 CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE: 4,03% VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R$ 64,68 (4,20%) , (Lei 12.741/12) - Fonte: IBPT REFERENTE AS VIAS 94737 (07/10) 94917 (10/10) CONTRATO DE GESTAO 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE: PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP, OS PRODUTOS CONSTANTES NESTA NFe	Valor: 1.540,00	NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	RECEBEDOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL NOME POR EXTENSO:	Nº 052440 SÉRIE: 1

bradesco | 237-2 | 23790.37100 94288.000006 40006.203307 9 98970000154000

Local de Pagamento **Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Vencimento **11/11/2024**
Beneficiário **OXIGENIO PORTO FERREIRA | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06** **R CONSTANTINO JOAO , 831 - - JARDIM PRIMAVERA** **13660-084 - PORTO FERREIRA - SP**					Agência/Código Beneficiário **0371/62033-5**
Data do Doc. **14/10/2024**	Nº do documento **52440**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Proces. **14/10/2024**	Nosso número **09/42/880000040-0**
Uso do Banco	Carteira **9**	Espécie **R$**	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento **1.540,00**

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL | CNPJ/CPF: 045.349.461/0021-56**
JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS
13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Beneficiário final: **PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06**
CONSTANTINO JOAO 831
13660-084 - PORTO FERREIRA - SP

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica

---

bradesco | 237-2 | 23790.37100 94288.000006 40006.203307 9 98970000154000

Local de Pagamento **Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Vencimento **11/11/2024**
Beneficiário **OXIGENIO PORTO FERREIRA | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06** **R CONSTANTINO JOAO - 831 - - JARDIM PRIMAVERA** **13660-084 - PORTO FERREIRA - SP**					Agência/Código Beneficiário **0371/62033-5**
Data do Doc. **14/10/2024**	Nº do documento **52440**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Proces. **14/10/2024**	Nosso número **09/42/880000040-0**
Uso do Banco	Carteira **9**	Espécie **R$**	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento **1.540,00**
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) * * **VALORES EXPRESSOS EM REAIS** **** *					(-) Descontos/Abatimentos (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL | CNPJ/CPF: 045.349.461/0021-56**
JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS
13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Beneficiário final: **PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06**
CONSTANTINO JOAO 831
13660-084 - PORTO FERREIRA - SP

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

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

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 | Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 | Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. | Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

OXIPORTO
GASES E SUPRIMENTOS

GASES INDUSTRIAIS, MEDICINAIS E EQUIPAMENTOS PARA SOLDA EM GERAL

Fone: (19) 3581-5619 / Fax: 3581-5893/ Celular: 99342-1640

Rua Daniel de Oliveira Carvalho, 1066 - Jd. Primavera - Porto Ferreira - SP

Data 07 OUTUBRO 24 **ORÇAMENTO** Nº 94737

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço _____ N.º _____

RG _____ CIC _____

Cidade S.C. VISMEIRA Bairro _____ Fone _____

CNPJ _____ Inscr. Est. _____

Cond.Pgto. A DIA Cep _____

Cód.	Quant	Unid.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	P. Unit.	TOTAL R$
	01	m³	OXIGENIO MEDICINAL		100,00
			VENCIMENTO: 04/11/24		

TOTAL R$ 100,00

Assinatura do Responsável

OXIPORTO
GASES E SUPRIMENTOS

GASES INDUSTRIAIS, MEDICINAIS E EQUIPAMENTOS PARA SOLDA EM GERAL

Fone: (19) 3581-5619 / Fax: 3581-5893/ Celular: 99342-1640

Rua Daniel de Oliveira Carvalho, 1066 - Jd. Primavera - Porto Ferreira - SP

Data 10 / OUTUBRO / 20 24 **ORÇAMENTO** № 94917

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN. DO BRASIL

Endereço _____ N.º _____

RG _____ CIC _____

Cidade S.C. Vasimenio Bairro _____ Fone _____

CNPJ _____ Inscr. Est. _____

Cond.Pgto. A VISTA Cep _____

Cód.	Quant	Unid.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	P. Unit.	TOTAL R$
	60	M3	OXIGENIO MEDICINAL	24,00	1.440,00
			VENCIMENTO: 07/11/24		

TOTAL R$ 1.440,00

Assinatura do Responsável

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891124120024540718415372091056698970000328195
BENEFICIARIO:
QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA
NOME FANTASIA:
QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA
CNPJ: 37.093.565/0001-70
BENEFICIARIO FINAL:
QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA
CNPJ: 37.093.565/0001-70
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.108
DATA DE VENCIMENTO 11/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 11/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 3.281,95
VALOR COBRADO 3.281,95
==========
NR.AUTENTICACAO 8.C40.C0B.3AA.EE2.0C4
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECEBEMOS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.001.036 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

QUABRILIMP TECNOLOGIA E LIMPEZA LTDA

SANTO ANTONIO, 503

CENTRO
TAMBAU
SP
19978221673
13710000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.001.036
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 of 1

CHAVE DE ACESSO
3524 1037 0935 6500 0170 5500 1000 0010 3610 0001 4279

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Lancamento efet. em decorrencia de emissao de documento fisc	135242290923117 11/10/2024 10:18:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
680035585111		37.093.565/0001-70

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	11/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
Rua Jovino Martins da Silva, 260	Jardim Sao Carlos	13.650-254		11/10/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Santa Cruz das Palmeiras	1633748438	SP		10:18:07

FATURA/DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.281,95

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	3.281,95

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
0					

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
000605	ALCOOL NOBRE 70 INPM 1 L (76,9)	38089429	0 102	5929	UN	48	6,08	291,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000978	DISPENSER TOALHEIRO PLAST PP 2 E 3 DOBRAS	39259090	0 102	5929	UN	5	36,00	180,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001697	LUVA NITRILICA VERDE G	40151900	0 500	5929	UN	25	8,99	224,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001696	LUVA NITRILICA VERDE M	40151900	0 500	5929	UN	25	8,99	224,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001764	LUVA NITRILICA VERDE P	40151900	0 102	5929	UN	15	8,99	134,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000793	PAPEL HIG. ROLAO 300 MTS BRANCO C/8	48181000	0 500	5929	PCT	48	5,62	269,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001652	TOALHA INTERFOLHA 100% CELULOSE BRANCO C/1000	48181000	0 500	5929	UN	90	19,80	1.782,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000506	SACO DE LIXO 100L I&J	39232910	0 102	5929	PCT	3	58,00	174,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CF-E: 014207 - MARCA: Tanca - NUMERO SERIE: 000711101 - CHAVE: 35241037093565000170590007111010142076059560

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox R$: 458.77 Federal e 590.73 E stadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br B047CD	CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

INFORMATIVO

Sicredi | **748-X** | **Recibo do Pagador**

Local de pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM CANAIS DA SUA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Vencimento
11/11/2024

Beneficiário
QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA - CNPJ: 37.093.565/0001-70

Agência / Código do Beneficiário
0718.15.37209

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento
11/10/2024	**1036**	**DMI**	**N**	**11/10/2024**

Nosso Número: **24/100245-4**

Espécie	Quantidade Moeda	Valor Moeda
REAL		

Valor Documento: **R$ 3.281,95**

Instruções

APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%.
APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R$ 10,83.

(-) Descontos / Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - CNPJ: 45.349.461/0021-56
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS SP - 13650-254

Beneficiário Final

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica

Recebimento através do cheque Nº
Do banco
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco pagador.
Até o vencimento pagável em qualquer agência bancária.

Corte na linha abaixo

Sicredi | **748-X** | **74891.12412 00245.407184 15372.091056 6 98970000328195**

Local de pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE EM CANAIS DA SUA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

Vencimento
11/11/2024

Beneficiário
QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA - CNPJ: 37.093.565/0001-70

Agência / Código do Beneficiário
0718.15.37209

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento
11/10/2024	**1036**	**DMI**	**N**	**11/10/2024**

Nosso Número: **24/100245-4**

Espécie	Quantidade Moeda	Valor Moeda
REAL		

Valor Documento: **R$ 3.281,95**

Instruções

APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%.
APOS VENCIMENTO COBRAR MORA DIARIA DE R$ 10,83.

(-) Descontos / Abatimentos
(-) Outras deduções
(+) Mora / Multa
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA - CNPJ: 45.349.461/0021-56
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS SP - 13650-254

Beneficiário Final

Código de Baixa:

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

```
18/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:05:46
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BANCO SICOOB S.A.
------------------------------------------------
75691437660105031180000012450011398950000149937
BENEFICIARIO:
SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA
NOME FANTASIA:
SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA
CNPJ: 44.472.655/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA
CNPJ: 44.472.655/0001-38
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          111.109
DATA DE VENCIMENTO                  09/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   11/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                    1.499,37
VALOR COBRADO                         1.499,37
================================================
NR.AUTENTICACAO            5.C17.7D2.102.FF6.E1F
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PIRILIMP PRODUTOS DE LIMPEZA

SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA

RUA FRANCISCO POLLINI 153 . JARDIM DAS PALMEIRAS
13657320 SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP
FONE:(19) 996277135
pirilimp.pl@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA **1**

N. 000517

SÉRIE 1

FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3524 1044 4726 5500 0138 5500 1000 0005 1711 0054 6921

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
2024-10-10T10:06:03

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
611.040.110.111		**44.472.655/0001-38**

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	10/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
R JOVINO MARTINS DA SILVA 260	JARDIM SAO CARLOS		13650254	10/10/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Santa Cruz das Palmeiras	16 3374-8438	SP		10:03

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.499,37

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX TRIB	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	507,20	**1.499,37**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
178	VOLUMES	DIVERSOS		0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
0000000002063	PANO MULTIUSO CLEANFORCE PERFLEX 600 UN	63071000	0102	5102	UN	4	70,00	280,00	0,00	0,00	0	88,06
0000000001861	BORRIFADOR STARTOOLS 500 ML	95066900	0102	5102	UN	5	5,99	29,95	29,95	0,41	1,36	10,50
0000000000432	COPO DESCARTAVEL COPOSUL 180ML	39241000	0500	5405	UN	50	4,15	207,50	0,00	0,00	0	84,12
0000000000714	DETERGENTE NEUTRO PIRILIMP 500ML	34025000	0102	5101	UN	40	1,79	71,60	71,60	1,03	1,44	3,01
0000000000312	ESPONJA DONA DA ECONOMIA C/ 6 UN.	68053090	0500	5405	UN	30	0,69	20,70	0,00	0,00	0	6,51
7898930710839	SACO ALVEJADO BRANCO LIMPEZAO 45X65	63052000	0102	5102	UN	35	3,80	133,00	133,00	1,81	1,36	45,58
0000000000748	SACO DE LIXO 60 L. FARDO COM 100 UN.	63052000	0102	5102	UN	8	49,99	399,92	0,00	0,00	0	137,05
0000000001056	SACO HOSPITALAR BRANCO 100 LT	39232190	0102	5102	UN	3	69,90	209,70	209,70	2,85	1,36	77,82
0000000001055	SACO HOSPITALAR BRANCO 50 LT	39232190	0102	5102	UN	3	49,00	147,00	147,00	2,00	1,36	54,55

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONTRATO DE GESTAO: 89/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
BOLETO COM VENCIMENTO EM: 09/11/2024 Valor Aprox.dos Tributos R$ 507,20 (33,83%) - Lei 12.741 Fonte: IBPT AB35A7

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO . EMISSÃO: 10/10/2024 VALOR TOTAL:1.499,37
DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 ,JARDIM SAO CARLOS, 13650254, Santa Cruz das Palmeiras-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e N. 000517 SÉRIE 1**

SICOOB | 756 | **Recibo de Entrega**

Pagador		Vencimento	Coop Contr/Cód. Beneficiário	Espécie Moeda	Quantidade
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		09/11/2024	4376/503118	R$	0,00
Assinatura do Recebedor	Data de Entrega	Nosso Número	Nº Documento	Valor documento	
		124-5	26190	1.499,37	

SICOOB | 756 | **Recibo do Pagador**

Pagador		Vencimento	Coop Contr/Cód. Beneficiário	Espécie Moeda	Quantidade
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		09/11/2024	4376/503118	R$	0,00
Beneficiário		Valor documento	(-) Desconto / Abatimento	(+) Mora/Multa	(=) Valor cobrado
SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA	44.472.655/0001-38	1.499,37			
FRANCISCO POLLINI - 153	JARDIM DAS	Nosso Número		Nº Documento	
Santa Cruz das Palmeiras - SP	13657-320	124-5		26190	

Autenticação Mecânica

SICOOB | 756 | **75691.43766 01050.311800 00012.450011 3 98950000149937**

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					09/11/2024
Beneficiário					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário
SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA		44.472.655/0001-38			4376/503118
Data do documento	N. documento	Espécie	Aceite	Data processamento	Nosso número
10/10/2024	26190	DM	N	10/10/2024	124-5
Nº da Conta / Respons.	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	Valor documento
	1	R$	0,00		1.499,37

Instruções

A partir 10/11/2024 Juros R$0,33/dia
A partir 10/11/2024 multa de R$ 10,00
Não conceder desconto.

EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB
COOPERATIVA CONTRATANTE 4376 SICOOB CREDIÇUCAR

(-) Desconto / Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor cobrado

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL** **45.349.461/0021-56**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA
JARDIM SÃO CARLOS
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP **13650-254**

Beneficiário Final: **SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA** **44.472.655/0001-38**

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:46
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080135778161434808450000198960000027750
BENEFICIARIO:
CAMPMEDICAL C M CIR LTDA ME
NOME FANTASIA:
CAMPMEDICAL C M CIR LTDA ME
CNPJ: 17.460.086/0001-38
BENEFICIARIO FINAL:
CAMPMEDICAL C M CIR LTDA ME
CNPJ: 17.460.086/0001-38
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.110
DATA DE VENCIMENTO 10/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 11/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 277,50
VALOR COBRADO 277,50
==========
NR.AUTENTICACAO 0.906.91D.D7E.A3C.9A4
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECEBEMOS DE CAMPMEDICAL COM MATERIAL CIRURGICO LTDA ME OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO 13/10/2024 - DEST / REM. ASSOC HOSP BENEF BRASIL (PAI S CRUZ PALM) - VALOR TOTAL: R$ 277,50

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.019.898
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CAMPMEDICAL COM MATERIAL CIRURGICO LTDA ME

AV BARAO DE ITAPURA, 1873 - GUANABARA - CEP:13020-433 - CAMPINAS - SP
TEL: (19)3381-8199

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000.019.898 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3524 1017 4600 8600 0138 5500 1000 0198 9819 0027 6618

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA A PRAZO	135242304132579 13/10/2024 17:30:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
795334237118		17.460.086/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSP BENEF BRASIL (PAI S.CRUZ PALM)			45.349.461/0021-56	13/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JD SAO CARLOS	13650-254		13/10/2024
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS		SP		17:30:14

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	19898	277,50	0,00	277,50

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	10/11/2024	277,50									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	277,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	277,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
199787	BOBINA ECG 80 X 20	48022010	0102	5102	RL	15,00	18,50	277,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PEDIDO NO. 49359 - CONTRATO DE GESTÃO 89/2024 PREF. MUN. SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS ENTREGA: PAI - STA CRUZ DAS PALMEIRAS RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 TRIB APROX R$ 40,18 FEDERAL E 49,95 ESTADUAL FONTE: IBPT 0EBB1B EMPRESA OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL	

nco Itaú S.A. | **341-7** | **Recibo do Pagador**

agamento
vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú

Vencimento: **10/11/2024**

eficiário CAMPMEDICAL COM MAT CIRURGICO LTDA ME - DOC.: 17.460.086/0001-38
AV BARAO DE ITAPURA,1873 JD GUANABARA, CAMPINAS/SP 13020433 Fone:

Agência / Código Beneficiário: 1613/48084-5

ta do Documento	Numero do Documento		Especie Doc.	Aceite	Data do Processamento
13/10/2024	0019898		DM	N	13/10/2024
o do Banco	Carteira	Especie	Quantidade		Valor
	109	R$			

Nosso Número: 109/00013577-8

(=) Valor do Documento: **277,50**

truções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
lta de 2% após o vencimento
brar juros de R$ 0,09 por dia de atraso para pagamento a partir de 11/11/2024.

(-) Desconto

(-) Outras Deducoes / Abatimento

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acrescimos

(=) Valor Cobrado

gador: ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL (PAI S
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JD SAO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS / SP - 13650254

CPF / CNPJ: 45.349.461/0021-56

neficiário
nal:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A. | **341-7** | 34191.09008 01357.781614 34808.450000 1 98960000027750

cal de Pagamento
é o vencimento, preferencialmente no Itaú e Após o vencimento, somente no Itaú

Vencimento: **10/11/2024**

neficiário CAMPMEDICAL COM MAT CIRURGICO LTDA ME - DOC.: 17.460.086/0001-38
AV BARAO DE ITAPURA,1873 JD GUANABARA, CAMPINAS/SP 13020433 Fone:

Agência / Código Beneficiário: 1613/48084-5

ta do Documento	Número do Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
13/10/2024	0019898		DM	N	13/10/2024
o do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade		Valor
	109	R$			

Nosso Número: 109/00013577-8

(=) Valor do Documento: **277,50**

truções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
lta de 2% após o vencimento
brar juros de R$ 0,09 por dia de atraso para pagamento a partir de 11/11/2024.

(-) Desconto

(-) Outras Deducoes / Abatimento

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acrescimos

(=) Valor Cobrado

gador ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL (PAI S
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JD SAO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS / SP - 13650254

CPF / CNPJ: 45.349.461/0021-56

neficiário
ial:

Código de Baixa

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:46
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399050937850000000100006001010598950000017940
BENEFICIARIO:
JALL SUPERMERCADO LTDA
NOME FANTASIA:
JALL SUPERMERCADO LTDA
CNPJ: 40.393.884/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
Jall Supermercado
CNPJ: 40.393.884/0001-06
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.111
DATA DE VENCIMENTO 09/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 11/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 179,40
VALOR COBRADO 179,40
==========
NR.AUTENTICACAO C.F54.B81.A0F.BFB.475
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECEBEMOS DE JALL SUPERMERCADO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 3269
SÉRIE: 1

JALL SUPERMERCADO LTDA
RUA PRUDENTE DE MORAES, 221 JD SAO CARLOS
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP
CEP: 13650228
FONE: 1936724774

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 3269
SÉRIE 1
FOLHA 1
PAGINA 1 DE1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
35241040393884000106550010000032691000015612

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA BASE EMISSAO DE REG. NA ECF	135242278809709 - 10/10/2024 10:43:09

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
611036879110		40.393.884/0001-06

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0021-56	10/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA / SAÍDA
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS	13650254	10/10/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA / SAÍDA
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	1633748438	SP		10:38

FATURA / DUPLICATA

VENCIMENTO(S): 09/11/2024 - 179,40

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	197,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	18,00	0,00	0,00	179,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	Sem Cobrança				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
60					

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESC	VALOR TOTAL	VALOR LÍQUIDO	BASE CALCULO		VALOR			ALIQUOTA	
											ICMS	ICMS ST	ICMS	ICMS ST	IPI	ICMS	IPI
051562	SABAO BARRA TRIEX COCO 200GR	34011900	060	5929	UN0001	60	3,2900	18,00	197,40	179,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0.0

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
EMITIDA NOS TERMOS DA PORTARIA CAT NR.106-2015 - CUPOM NR.27165 CHAVE ACESSO:35241040393884000106590012541340586291340215 CONTRATO DE GESTAO 89-2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - - REF CUPOM: 27165 - 09-10-2024 - ECF: 201 - BASE ST: 0,00 - ICMS ST: 0,00 - VALOR FCP ST: 0,00	

Santander | 033-7 | RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento
09/11/2024

Beneficiário
JALL SUPERMERCADO LTDA - 40.393.884/0001-06
R PRUDENTE DE MORAES, 237 - JD SAO CARLOS - CEP: 13650-000 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Agência / Cod. Beneficiário
0355 / 000509785

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
10/10/2024	3269	DM	Não	10/10/2024	0000000000060
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		179,40

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)

Pague utilizando o QR Code abaixo:

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO - 45.349.461/0021-56
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260
SANTA CRUZ DAS PALME / SP - 13650-254

Beneficiário Final JALL SUPERMERCADO 40.393.884/0001-06

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

Santander | 033-7 | 03399.05093.78500.000001.00006.001010.5.98950000017940

Local de Pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER

Vencimento
09/11/2024

Beneficiário
JALL SUPERMERCADO LTDA - 40.393.884/0001-06
R PRUDENTE DE MORAES, 237 - JD SAO CARLOS - CEP: 13650-000 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Agência / Cod. Beneficiário
0355 / 000509785

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
10/10/2024	3269	DM	Não	10/10/2024	0000000000060
Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento
	Rápida com Registro	REAL	1		179,40

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)

Pague utilizando o QR Code abaixo:

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO - 45.349.461/0021-56
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260
SANTA CRUZ DAS PALME / SP - 13650-254

Beneficiário Final JALL SUPERMERCADO 40.393.884/0001-06

Autenticação Mecânica

18/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:05:46
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090223078200100000275172199000000230000
BENEFICIARIO:
KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPIT
NOME FANTASIA:
KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARE
CNPJ: 96.416.771/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.201
NOSSO NUMERO 22307820000000275
CONVENIO 02230782
DATA DE VENCIMENTO 14/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 12/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 2.300,00
VALOR COBRADO 2.300,00
==========
NR.AUTENTICACAO 0.45D.C10.169.031.18A
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Recebemos de KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARES LTDA os produtos e/ou serviços da nota fiscal eletrônica indicada ao lado		NF-e N°: 00030813 Série: 1
Data do recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

KVO MEDICAL SUPRIMENTOS

RUA ALFREDO DA COSTA FIGO, 347 - Bairro: JARDIM SANTA CANDIDA, Campinas - SP (19) 3243-7070 - CEP: 13.087-534

DANFE

Documento auxiliar da nota fiscal

1 - Saída 2 - Entrada [1]

Série: 1

N°: 00030813

Folha: 1 de 1

3524.1196.4167.7100.0133.5500.1000.0308.1311.2030.8137

Consulta da autenticidade no portal nacional da NFe, no endereço http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal, ou http://portalnfe.fazenda.mg.gov.br/consultas.html

Protocolo de autorização de uso 135242501504636 04/11/2024 16:40

Natureza da operação
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

Inscrição estadual	*Inscr. estadual do subst. tributário*	*CNPJ*
244487964110		96.416.771/0001-33

Destinatário / Remetente

Nome / Razão social		CNPJ / CPF		Emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0021-56		04/11/2024
Endereço	**Bairro / Distrito**		**CEP**	**Entrada / Saída**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS		13.650-254	04/11/2024
Município	**FONE / FAX**	**UF**	**Inscr. estadual**	**Hora saída**
Santa Cruz das Palmeiras	(16) 3374-8438	SP		16:38

Cálculo do imposto

B.C. do ICMS	Valor do ICMS	Valor do frete	Valor do seguro	Valor do FCP	Valor do FCP ST	Valor do PIS	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.300,00
B.C. do ICMS ST	**Valor do ICMS ST**	**Desconto**	**Outras Despesas**	**Valor total do IPI**	**V. Imp. Importação**	**Valor do COFINS**	**Valor total da nota**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.300,00

Transportador / Volumes transportados

Nome / Razão Social	Frete por conta	Cód. ANTT	Placa veículo	UF	CNPJ / CPF
KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARES LTDA	Emitente				96.416.771/0001-33

Endereço	Município	UF	Peso Liq.
RUA ALFREDO DA COSTA FIGO, 347	Campinas	SP	

Quantidade	Espécie	Marca	Número	Peso Bruto	Inscr. estadual
2	CAIXA				244487964110

Fatura

Boleto
Número: 001
Vencimento: 14/11/2024
Valor: 2.300,00

Dados dos produtos / serviços

Cód. produto	Descrição dos produtos / serviços	NCM	CST	CFOP	UN	Quant.	Valor unit.	Valor total	Base calc. ICMS	Valor ICMS	Valor IPI	Alíquotas ICMS	Alíquotas IPI
EE800700	EQUIPO AMISET EA 0421 0000 #LOTE AGO248007001362200 #FAB: 01/08/2024 #VAL.: 02/08/2027	90189099	040	5102	Un	50,0000	22,0000	1100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
EE801600	EQUIPO AMISET EA 0422 0000 #LOTE AGO248016000551700 #FAB: 01/08/2024 #VAL.: 02/08/2027	90189099	040	5102	Un	50,0000	24,0000	1200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição municipal	Valor total dos serviços	Base cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
23933-0			

Informações adicionais

Nota Fiscal gerada a partir do Pedido de Venda #00000306/1 Produto Isento de ICMS conforme previsto no artigo 14, 1o, item 1, do Anexo I do RICMS/SP

Reservado ao fisco

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Recibo do Pagador

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02230.782001 00000.275172 1 99000000230000

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0021-56

RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260, JARDIM SAO CARLOS, CEP: 13.650-254 - Santa Cruz das Palmeiras-SP

Pagador/Avalista:

Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(=) Valor Cobrado
22307820000000275-	30813/1	14/11/2024	2300,00	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARES LTDA CPF/CNPJ: 96.416.771/0001-33

RUA ALFREDO DA COSTA FIGO, 347, JARDIM SANTA CANDIDA 13.087-534 - Campinas - SP

Agência / Código do Beneficiário

2913-0/4017-7

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 02230.782001 00000.275172 1 99000000230000

Local de Pagamento

PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Data de Vencimento

14/11/2024

Beneficiário/CPF/CNPJ

KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARES LTDA CPF/CNPJ: 96.416.771/0001-33

Agência / Código do Beneficiário

2913-0/4017-7

Data do Documento	Nr. do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento
04/11/2024	30813/1	DV	N	04/11/2024

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda
	17	R$		

Nosso Número

22307820000000275-

(=) Valor do Documento

2300,00

Informações de Responsabilidade do Beneficiário

(-) Desconto / Abatimento

(+) Mora / Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0021-56

RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260, JARDIM SAO CARLOS

CEP: 13.650-254 - Santa Cruz das Palmeiras-SP

Pagador/Avalista:

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 10.05.46
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.470-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 4376-1 - SICOOB CREDICUCAR
CONTA:       3.740-0

FAVORECIDO:  EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTD
CPF/CNPJ: 03.252.819/0001-34
VALOR: R$                                  24,90
DEBITO EM: 12/11/2024
================================================
DOCUMENTO: 111202
AUTENTICACAO SISBB:        C.725.BBA.0EC.F40.676
```

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

Recebemos de EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 18/10/2024 Dest/Reme: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL Valor Total: 24,90

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.002.954
Série 001

EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA

RUA JOSE AUGUSTO MAZOTTI, 56, 56 - JD SAO CARLOS - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP - CEP: 13650-000
Fone: (19)3672-4889
gabrielabpapelaria@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000.002.954
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1003 2528 1900 0134 5500 1000 0029 5417 8921 8567

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a prazo	**135242351843148 18/10/2024 10:36:26**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
611015287114		03.252.819/0001-34

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0021-56	18/10/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA**
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS	13650-254		18/10/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	(16)3374-8438		10:36:13

PARCELAS

Número	: 001
Vencimento	: 18/11/2024
Valor	: R$ 24,90

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	7,83 (31,45 %)	24,90

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	24,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				

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	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
001697	FITA DUPLA FACE FORTE VERDE 19MMX2M 3M	35061090	0102	5102	UN	1,00	24,90	0,00	24,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox R$ 3,35 Federal e R$ 4,48 Estadual Fonte: IBPT SP 2BCEA2 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional | Permite o aproveitamento do credito de ICMS de R$ 0,00.Correspondente a aliquota de 0 % nos termos do art. 23 da LC 123. CONTRATO DE GESTAO 89/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP	

Consultas - Emissão de comprovantes

G3382109545363941
21/11/2024 10:45:36

21/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:45:35
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO DAYCOVAL S.A

70790001182119251470704799100963599020000100000
BENEFICIARIO:
OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOS
NOME FANTASIA:
OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A
CNPJ: 57.417.537/0001-79
BENEFICIARIO FINAL:
OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A
CNPJ: 57.417.537/0001-79
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.801
DATA DE VENCIMENTO 16/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.000,00
VALOR COBRADO 1.000,00
==========
NR.AUTENTICACAO 9.E0A.0C3.05D.92B.F2B
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECIBO DE LOCAÇÃO

RECIBO DE LOCAÇÃO 35680

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

RAZAO SOCIAL / NOME	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0021-56	01/11/2024

ENDERECO	BAIRRO	CEP
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA Nº 260,	JARDIM SAO CARLOS	13650-254

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	(19)3672-9069	SP	ISENTO

NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
0035680/01	16/11/2024	1.000,00						

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX, MOD. ANALOGICO HORIZONTAL 60L -220V	1.000,00	1.000,00
--	0	C-14543 PAT.:AUT11PE PERIODO DE 01/10/2024 a 31/10/2024	0,00	0,00

CONTRATO DE GESTAO 089/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R$ 184,50 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 16/11/2024 - VALOR R$: 1.000,00

VALOR TOTAL: 1.000,00

Nº **35680**

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

Data _____/_____/_____

Carimbo/Assinatura _____

BancoDaycoval **707-2** Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agencia / Codigo Beneficiário	Motivo de nao entrega. (Para uso da empresa entregadora)
OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDI - CNPJ: 57.417.537/0001-	0001-9/0722749-5	[ ] Mudou-se [ ] Ausente [ ] Não existe nº. indicado
Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**	Nosso Número: 121/0047991009-6	[ ] Recusado [ ] Não procurado [ ] Endereço insuficiente
Vencimento: **16/11/2024** / Número do Documento: **0035680/01** / Espécie: **R$**	Valor do Documento: **1.000,00**	[ ] Desconhecido [ ] Falecido [ ] Outros (anotar no verso)

Recebemos o Titulo **com as características acima**	Data	Assinatura	Data	Assinatura

Local de Pagamento: **PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO** — Data do Processamento: **01/11/2024**

"

BancoDaycoval **707-2** Recibo do Pagador

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO — Vencimento: **16/11/2024**

Beneficiário: OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDI - CNPJ: 57.417.537/0001-79
RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone: — Agência / Código Beneficiário: 0001-9/0722749-5

Data do Documento	Numero do Documento	Especie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
01/11/2024	0035680/01	DS	N	01/11/2024	121/0047991009-6

Uso do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	121	R$			**1.000,00**

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO
Notas Fiscais: 35680
Doc.:
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 0,33 por dia de atraso para pagamento .

(-) Desconto
(-) Outras Deducoes / Abatimento
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acrescimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS / SP - 13650254 — CPF / CNPJ: 45.349.461/0021-56

Beneficiário Final: — Código de Baixa:

PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO
Notas Fiscais: 35680
Doc.:

Autenticação Mecânica

"

BancoDaycoval **707-2** 70790.00118 21192.514707 04799.100963 5 99020000100000

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO — Vencimento: **16/11/2024**

Beneficiário: OXYMED COM E LOC DE EQUIP MEDI - CNPJ: 57.417.537/0001-79
RUA GUSTAVO DA SILVEIRA,1357 QUADRA16 VILA SANTA CATARINA, SAO PAULO/SP 04376006 Fone: — Agência / Código Beneficiário: 0001-9/0722749-5

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
01/11/2024	0035680/01	DS	N	01/11/2024	121/0047991009-6

Uso do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	121	R$			**1.000,00**

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
PAGAVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA, MESMO APÓS VENCIMENTO
Notas Fiscais: 35680
Doc.:
Protestar em 5 dias corridos após o vencimento
Cobrar juros de R$ 0,33 por dia de atraso para pagamento .

(-) Desconto
(-) Outras Deducoes / Abatimento
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acrescimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS / SP - 13650254 — CPF / CNPJ: 45.349.461/0021-56

Beneficiário Final: — Código de Baixa:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

21/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:45:35
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO BRADESCO S.A.

23796627099429600000604000299109299020000063000
BENEFICIARIO:
CPS COMERCIAL
NOME FANTASIA:
CPS COMERCIAL
CNPJ: 11.119.750/0001-01
BENEFICIARIO FINAL:
CPS COMERCIAL
CNPJ: 11.119.750/0001-01
PAGADOR:
ASS. HOSP. BEN DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 111.802
DATA DE VENCIMENTO 16/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 630,00
VALOR COBRADO 630,00
==========
NR.AUTENTICACAO 1.C3E.333.9A9.B06.00F
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Recebemos de CPS Comercial de Mat. e Equip. Medicos Impor. Expor. Ltda os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - Rua DR ORLANDO T SANTOS, 50 - WILLIANS - Garca/SP

Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor	Data de Emissão 17/10/2024	NFe Nº 0000004827
		Valor Total da Nota 630,00	Série 002

CPS Comercial de Mat. e Equip. Medicos Impor. Expor. Ltda
Avenida da emancipacao, 3770 - BL i Box 20 - Parque dos Pinheiros - 13184-654 - Hortolandia - SP - Fone/Fax: 19 3365 4448

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0
1
N 0000004827
Série 002
Folha 1/1

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3524 1011 1197 5000 0101 5500 2000 0048 2718 0044 2906

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza de Operação	Protocolo de Autorização
Venda a prazo	135242343077447 - 17/10/2024 - 12:11:11
Inscrição Estadual	**Inscrição Estadual Sub. Tributária**	**CNPJ/CPF**
748442792115		11.119.750/0001-01

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social	CNPJ/CPF	Data de Emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	17/10/2024
Endereço	**Bairro/Distrito**	**CEP**	Data Saída/ Entrada 17/10/2024
Rua DR ORLANDO T SANTOS, 50 -	WILLIANS	17402-064	
Município	**Fone**	**UF**	**Inscrição Estadual**	Hora Saída/Entrada 11:14:00
Garca		SP	

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	16/11/2024	630,00												

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Cálc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	210,74	630,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	Valor Deson.	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	630,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transporte				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Und.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Desconto	Vlr. Total	BC ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	Vlr Aprox dos Tr
1263	Bowie-Dick Green Card c/ 30 *Lote: 0924* *Quantidade: 1* *Fabricação: 30/09/2024* *Validade: 30/09/2027*	38210000	2102	5102	UN	1,0000	630,0000	0,00	630,00	0,00	0,00	0,00	0,00		210

Dados Adicionais

Informações Complementares	Informações Adicionais do Fisco
I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Trib Aprox. R$ 97,34 Fed - R$ 113,40 Est - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome 0D61CD Endereco de entrega Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim SAo Carlos cidade Santa Cruz das Palmeiras SP. Cep: 13650-254 Posto de Atendimento Imediado (PAI) Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras	

Digitalizado com CamScanner

bradesco | 237-2

23796.62709 94296.000006 04000.299109 2 99020000063000

Local de Pagamento **Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Data de Vencimento **16/11/2024**
Beneficiário **CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01** **AV RICARDO BASSOLI CEZARE, 1517 - - JARDIM DAS BANDEIRAS** **13050-080 - CAMPINAS - SP**					Agência/Código Cedente **6627-/0002991-2**
Data do Doc. **22/10/2024**	N° do documento **4827**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Proces. **22/10/2024**	Nosso Número **09/00/000004296-7**
Uso do Banco / Carteira **9**	Espécie Moeda **R$**	Quantidade **0**	Valor/Percentual		(=) Valor do Documento **630,00**
Pagador: **ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02** **DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50** **17402-064 - GARCA - SP** Beneficiário Final: **Não Informado**					**Recibo do Sacado**

Recebimento através do cheque nº. do Banco

Autenticação Mecânica

Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque pelo Banco sacado.

Corte aqui

bradesco | 237-2

23796.62709 94296.000006 04000.299109 2 99020000063000

Local de Pagamento **Banco Bradesco - Pagável Preferencialmente na Rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Data de Vencimento **16/11/2024**
Beneficiário **CPS COMERCIAL - CNPJ: 011.119.750/0001-01** **AV RICARDO BASSOLI CEZARE, 1517 - - JARDIM DAS BANDEIRAS** **13050-080 - CAMPINAS - SP**					Agência/Código Cedente **6627-/0002991-2**
Data do Doc. **22/10/2024**	N° do documento **4827**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Proces. **22/10/2024**	Nosso Número **09/00/000004296-7**
Uso do Banco / Carteira **9**	Espécie Moeda **R$**	Quantidade **0**	Valor/Percentual		(=) Valor do Documento **630,00**
Instruções (Texto de responsabilidade do Cedente) *** * VALORES EXPRESSOS EM REAIS **** ***					(-) Descontos/Abatimentos (-) Outras deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador: **ASS. HOSP. BEN DO BRASIL - CNPJ: 045.349.461/0001-02** **DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50** **17402-064 - GARCA - SP** Beneficiário Final: **Não Informado**					**Ficha de Compensação**

Autenticação Mecânica

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

```
21/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:45:35
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
------------------------------------------------
34191090082062460730373744260008999040000067437
BENEFICIARIO:
SISQUAL WORKFORCE M LTDA
NOME FANTASIA:
SISQUAL WORKFORCE M LTDA
CNPJ: 14.454.963/0001-70
BENEFICIARIO FINAL:
SISQUAL WORKFORCE M LTDA
CNPJ: 14.454.963/0001-70
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            111.803
DATA DE VENCIMENTO                    18/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     18/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        674,37
VALOR COBRADO                             674,37
================================================
NR.AUTENTICACAO             5.FD4.68A.823.54F.888
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 10235, emitido em 03/10/2024

20241111u14454963000170

Número da Nota
00010235
Data e Hora de Emissão
03/10/2024 10:01:13
Código de Verificação
MUYP-YEMZ

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: **45.349.461/0021-56** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **R JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS - CEP: 13650-254**
Município: **Santa Cruz das Palmeiras** UF: **SP** E-mail: **dp@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Aluguel de software - mensalidade e cloud

STA CRUZ DAS PALMEIRAS Convenio no 089/2024

RETENCAO DE IR 1,5%: R$ 10,78
PIS/COFINS/CSLL 4,65%: R$ 33,42
Referente ao periodo: outubro de 2024
FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO BANCARIO COM VENCIMENTO PARA 18/11/2024

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 718,57

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	10,78	7,19	21,56	4,67

Código do Serviço
02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	718,57	2,90%	20,83	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 10235, emitido em 03/10/2024; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2024;

Instruções de Impressão

- **Imprima em impressora jato de tinta (ink jet) ou laser em qualidade normal ou alta (Não use modo econômico).**
- **Utilize folha A4 (210 x 297 mm) ou Carta (216 x 279 mm) e margens mínimas à esquerda e à direita do formulário.**
- **Corte na linha indicada. Não rasure, risque, fure ou dobre a região onde se encontra o código de barras.**
- **Caso não apareça o código de barras no final, clique em F5 para atualizar esta tela.**
- **Caso tenha problemas ao imprimir, copie a seqüencia numérica abaixo e pague no caixa eletrônico ou no internet banking:**

Linha Digitável: 34191.09008 20624.607303 73744.260008 9 99040000067437
Valor: R$ 674,37

Recibo do Pagador

SISQUAL
14.454.963/0001-70
Av Paulista,1636 Andar 10 Conj 1
São Paulo - SP - CEP: 01310-200

341-7 **34191.09008 20624.607303 73744.260008 9 99040000067437**

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
SISQUAL WORKFORCE MANAGEMENT LTDA - Endereço: Av Paulista,1636 Andar 10 Conj 1 São Paulo - SP - CEP: 01310-200 - CNPJ: 14.454.963/0001-70	**7307 / 37442-6**	**R$**	**001**	**109/00206246-0**

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
10235	**14.454.963/0001-70**	**18/11/2024**	**674,37**

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

Pagador
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0021-56
R JOVINO MARTINS DA SILVA,260
Santa Cruz das Palmeiras - SP - CEP: 13650-254

Demonstrativo
Nome Fantasia: AHBB - FILIAL STA CRUZ DAS PALMEIRAS

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

341-7 **34191.09008 20624.607303 73744.260008 9 99040000067437**

Local de pagamento
Pagável em qualquer Banco até o vencimento

Vencimento
18/11/2024

Beneficiário
SISQUAL WORKFORCE MANAGEMENT LTDA - Endereço: Av Paulista,1636 Andar 10 Conj 1 São Paulo - SP - CEP: 01310-200 - CNPJ: 14.454.963/0001-70

Agência/Código Beneficiário
7307 / 37442-6

Data do documento	No documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
03/10/2024	**10235**	**DS**	**N**	**03/10/2024**	**109/00206246-0**

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento
	109	**R$**	**001**	**674,37**	**674,37**

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

(-) Desconto / Abatimentos

(-) Outras deduções

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0021-56
R JOVINO MARTINS DA SILVA,260
Santa Cruz das Palmeiras - SP - CEP: 13650-254

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

```
21/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:45:35
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO BRADESCO S.A.
------------------------------------------------
23790371009429300000922006203305299040000144000
BENEFICIARIO:
OXIGENIO PORTO FERREIRA
NOME FANTASIA:
OXIGENIO PORTO FERREIRA
CNPJ: 13.386.847/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP
CNPJ: 13.386.847/0001-06
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE B
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            111.804
DATA DE VENCIMENTO                    18/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     18/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                      1.440,00
VALOR COBRADO                           1.440,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            7.29B.498.685.592.5C7
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP

RUA: RUA CONSTANTINO JOAO **NRO:** 831

BAIRRO: JD PRIMAVERA

MUNICÍPIO: PORTO FERREIRA **UF:** SP

CEP: 13.660-084 **FONE:** (19) 3581-5619

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

NÚMERO 052558
SÉRIE 1
Página 1 de 1

Chave de acesso
35241013386847000106550010000525581000853169

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:
135242373759123 21/10/2024 13:14:48

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDAS NO ESTADO		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA**	**CNPJ**
555.040.931-119		13.386.847/0001-06

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	INS.ESTADUAL	SUFRAMA	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0021-56	ISENTO		21/10/2024
ENDEREÇO	**NRo**	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
JOVINO MARTINS DA SILVA	260	JARDIM SAO CARLOS	13650254		
MUNICÍPIO	**UF**	**COMPLEMENTO**	**TELEFONE**		**HORA DE SAÍDA/ENTRADA**
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP		1633748438		

FATURA

NOTA	PARC	VECTO	VALOR
052558	01/01	18/11/2024	1.440,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.440,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,48	1.440,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		CÓDIGO ANTT	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	**NRo**	**MUNICÍPIO**		**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

FRETE POR CONTA	PLACA VEÍCULO-UF	QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
0-Emitente	-	6	RECARGA	DIVERSOS		0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST / CSOSN	CFOP	UN	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
33	OXIGENIO MEDICINAL GAS COMPRIMIDO 10M3 ONU1072	28044000	101	5102	M3	60,0000	24,0000	1.440,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS/COMPLEMENTARES

INFORMACOES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DECLARAMOS QUE O PRODUTO ESTA ADEQUADAMENTE ACONDICIONADO PARA SUPORTAR OS RISCOS NORMAIS DE: CARREGAMENTO, DESCARREGAMENTO, TRANSPORTE E TRANSBORDO - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL - NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS NO VALOR DE: R$58,03 CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE: 4,03% VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R$ 60,48 (4,20%) , (Lei 12.741/12) - Fonte: IBPT REFERENTE A VIA 95362 (19/10) CONTRATO DE GESTAO 89/2024 -PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE: PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP, OS PRODUTOS CONSTANTES NESTA NFe	Valor: 1.440,00	NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	RECEBEDOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL NOME POR EXTENSO:	Nº 052558 SÉRIE: 1

bradesco | 237-2 | 23790.37100 94293.000009 22006.203305 2 99040000144000

Local de Pagamento **Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Vencimento **18/11/2024**
Beneficiário **OXIGENIO PORTO FERREIRA | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06** **R CONSTANTINO JOAO , 831 - - JARDIM PRIMAVERA** **13660-084 - PORTO FERREIRA - SP**					Agência/Código Beneficiário **0371/62033-5**
Data do Doc. **21/10/2024**	N° do documento **52558**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Proces. **21/10/2024**	Nosso número **09/42/930000022-2**
Uso do Banco	Carteira **9**	Espécie **R$**	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento **1.440,00**

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL | CNPJ/CPF: 045.349.461/0021-56**
JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS
13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Beneficiário final: **PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06**
CONSTANTINO JOAO 831
13660-084 - PORTO FERREIRA - SP

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica

---

bradesco | 237-2 | 23790.37100 94293.000009 22006.203305 2 99040000144000

Local de Pagamento **Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Vencimento **18/11/2024**
Beneficiário **OXIGENIO PORTO FERREIRA | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06** **R CONSTANTINO JOAO - 831 - - JARDIM PRIMAVERA** **13660-084 - PORTO FERREIRA - SP**					Agência/Código Beneficiário **0371/62033-5**
Data do Doc. **21/10/2024**	N° do documento **52558**	Espécie doc. **DM**	Aceite **N**	Data Proces. **21/10/2024**	Nosso número **09/42/930000022-2**
Uso do Banco	Carteira **9**	Espécie **R$**	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento **1.440,00**
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) * * **VALORES EXPRESSOS EM REAIS** **** *					(-) Descontos/Abatimentos (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL | CNPJ/CPF: 045.349.461/0021-56**
JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS
13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Beneficiário final: **PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06**
CONSTANTINO JOAO 831
13660-084 - PORTO FERREIRA - SP

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

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

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 | Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 | Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

OXIPORTO
GASES E SUPRIMENTOS

GASES INDUSTRIAIS, MEDICINAIS E EQUIPAMENTOS PARA SOLDA EM GERAL

Fone: (19) 3581-5619 / Fax: 3581-5893/ Celular: 99342-1640

Rua Daniel de Oliveira Carvalho, 1066 - Jd. Primavera - Porto Ferreira - SP

Data 19 / outubro / 20 24 **ORÇAMENTO** Nº 95362

Nome Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Endereço _____ N.º _____

RG _____ CIC _____

Cidade S.C. Palmeiras Bairro _____ Fone _____

CNPJ _____ Inscr. Est. _____

Cond.Pgto. 28 dias Cep _____

Cód.	Quant	Unid.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	P. Unit.	TOTAL R$
	60	m³	oxigênio medicinal	24,00	1.440,00

TOTAL R$ 1440,00

Assinatura do Responsável

```
21/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:45:35
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BANCO DO BRASIL
------------------------------------------------
00190000090315324000101744103175499020000023616
BENEFICIARIO:
MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DAS PA
NOME FANTASIA:
MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIR
CNPJ: 46.371.654/0001-22
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENIFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            111.805
NOSSO NUMERO                  31532400001744103
CONVENIO                               03153240
DATA DE VENCIMENTO                   16/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                    18/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       236,16
VALOR COBRADO                            236,16
================================================
NR.AUTENTICACAO           0.739.413.507.29C.78E
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento
Departamento Tributário e Fiscalização

Autenticação Eletrônica
Data e Hora da Emissão
08/11/2024 às 10:03:53
Código de Verificação
6635-5561-5260

DAM - Documento de Arrecadação Municipal

RECIBO DO SACADO

Código Contribuinte	Contribuinte	CPF / CNPJ	Natureza
282232	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL	45349461002156	MOBILIÁRIO

Localização
RUA: JOVINO MARTINS DA SILVA,192 BAIRRO: JARDIM MILANO COMPL: Comercial CEP: 13650300 MUNICÍPIO: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS UF: SP

Data de Emissão	Valido Até	DAM nº	Emitido por
08/11/2024	16/11/2024	10871712	EMITIDO ONLINE

Observação

Nº da Nota	Tipo	CPF/CNPJ	Contribuinte	Base Cálculo	Valor do Imposto	Status
1107	Prestador	74398603000120	MARQUES & PAVANI LTDA - ME	14,05	0,55	ACEITA
89	Prestador	25902760000115	MARIANA VIRGINIA VARIZE - ME	600,00	12,06	ACEITA
16	Prestador	56147245000109	RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SERVIÇOS MÉDICOS	11.121,90	223,55	ACEITA

Tributo	Inscrição	Situação	Exercício	Comp.	Parc.	Lanç. / Reparc.	Vencimento	Valor Original	Corr. Monet.	Juros	Multa	Desc.	Honor.	Total
ISS_TOMADO	13306	NORMAL	2024	Outubro	1	1274623	16/11/2024	236,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	236,16
Totais								236,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	236,16

Dam Nº	Id. Físico	Nosso Número	Agência/Código do Cedente	Vencimento	Taxa de Expediente	Valor do Documento
10871712	282232	31532400001744103	3341-3/18439-0	16/11/2024	0,00	236,16

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 03153.240001 01744.103175 4 99020000023616**

Local de Pagamento PAGAVÉL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 16/11/2024
Cedente PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS					Agência / Código do cedente 3341-3/18439-0
Data do Documento 08/11/2024	Número do Documento 10871712,000000	Espécie Doc. OU	Aceite N	Data de Processamento 08/11/2024	Nosso Número 31532400001744103
Uso do Banco	Carteira SR	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 236,16
Funcionário que emitiu o Documento EMITIDO ONLINE					(-) Desconto / Abatimento
Texto de Responsabilidade do Cedente INSTRUÇÕES **NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO!**					(-) Outras Deduções (+) Mora / Multa / Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Sacado
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL
RUA: JOVINO MARTINS DA SILVA,192 BAIRRO: JARDIM MILANO COMPL: Comercial CEP: 13650300 MUNICÍPIO: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS UF: SP
Sacador Avalista:

Autenticação Mecânica FICHA DE COMPENSAÇÃO

21/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:45:35
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
BCO BRADESCO S.A.

23790371009429200000018006203303199010000249000
BENEFICIARIO:
OXIGENIO PORTO FERREIRA
NOME FANTASIA:
OXIGENIO PORTO FERREIRA
CNPJ: 13.386.847/0001-06
BENEFICIARIO FINAL:
PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP
CNPJ: 13.386.847/0001-06
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE B
CNPJ: 45.349.461/0021-56

NR. DOCUMENTO 111.806
DATA DE VENCIMENTO 15/11/2024
DATA DO PAGAMENTO 18/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO 2.490,00
VALOR COBRADO 2.490,00
==========
NR.AUTENTICACAO 5.F43.71E.9A5.13A.986
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP

RUA: RUA CONSTANTINO JOAO **NRO:** 831

BAIRRO: JD PRIMAVERA

MUNICÍPIO: PORTO FERREIRA **UF:** SP

CEP: 13.660-084 **FONE:** (19) 3581-5619

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

NÚMERO 052532
SÉRIE 1
Página 1 de 1

Chave de acesso
35241013386847000106550010000525321000852816

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:
135242353398488 18/10/2024 13:18:08

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS NO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA	CNPJ
555.040.931-119		13.386.847/0001-06

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	INS.ESTADUAL	SUFRAMA	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0021-56	ISENTO		18/10/2024

ENDEREÇO	NRo	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
JOVINO MARTINS DA SILVA	260	JARDIM SAO CARLOS	13650254	

MUNICÍPIO	UF	COMPLEMENTO	TELEFONE	HORA DE SAÍDA/ENTRADA
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP		1633748438	

FATURA

NOTA	PARC	VECTO	VALOR
052532	01/01	15/11/2024	2.490,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.490,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	104,58	2.490,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO ANTT	UF	CNPJ/CPF

ENDEREÇO	NRo	MUNICÍPIO	INSCRIÇÃO ESTADUAL

FRETE POR CONTA	PLACA VEÍCULO-UF	QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
0-Emitente	-	10	RECARGA	DIVERSOS		0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO DO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST / CSOSN	CFOP	UN	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
90	AR COMPRIMIDO MEDICINAL GAS 10M3 ONU1002	28539090	101	5102	M3	30,0000	28,0000	840,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
116	AR COMPRIMIDO MEDICINAL GAS 7,5M3 ONU1002	28044000	101	5102	M3	7,5000	28,0000	210,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
33	OXIGENIO MEDICINAL GAS COMPRIMIDO 10M3 ONU1072	28044000	101	5102	M3	60,0000	24,0000	1.440,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS/COMPLEMENTARES

INFORMACOES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DECLARAMOS QUE O PRODUTO ESTA ADEQUADAMENTE ACONDICIONADO PARA SUPORTAR OS RISCOS NORMAIS DE: CARREGAMENTO, DESCARREGAMENTO, TRANSPORTE E TRANSBORDO - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL - NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS NO VALOR DE: R$100,35 CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE: 4,03% VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R$ 104,58 (4,20%) , (Lei 12.741/12) - Fonte: IBPT REFERENTE AS VIAS 95260 (16/10) 95209 (17/10) CONTRATO DE GESTAO 89/2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE: PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP, OS PRODUTOS CONSTANTES NESTA NFe	Valor: 2.490,00	NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	RECEBEDOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL NOME POR EXTENSO:	Nº 052532 SÉRIE: 1

bradesco | 237-2 | 23790.37100 94292.000000 18006.203303 1 99010000249000

Local de Pagamento **Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Vencimento **15/11/2024**
Beneficiário **OXIGENIO PORTO FERREIRA | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06** **R CONSTANTINO JOAO , 831 - - JARDIM PRIMAVERA** **13660-084 - PORTO FERREIRA - SP**					Agência/Código Beneficiário **0371/62033-5**
Data do Doc. **18/10/2024**	Nº do documento 52532	Espécie doc. **DM**	Aceite N	Data Proces. **18/10/2024**	Nosso número **09/42/920000018-7**
Uso do Banco	Carteira **9**	Espécie **R$**	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento **2.490,00**

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL | CNPJ/CPF: 045.349.461/0021-56**
JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS
13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Beneficiário final: **PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06**
CONSTANTINO JOAO 831
13660-084 - PORTO FERREIRA - SP

Recibo do Pagador

Autenticação Mecânica

---

bradesco | 237-2 | 23790.37100 94292.000000 18006.203303 1 99010000249000

Local de Pagamento **Pagável Preferencialmente na rede Bradesco ou no Bradesco Expresso.**					Vencimento **15/11/2024**
Beneficiário **OXIGENIO PORTO FERREIRA | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06** **R CONSTANTINO JOAO - 831 - - JARDIM PRIMAVERA** **13660-084 - PORTO FERREIRA - SP**					Agência/Código Beneficiário **0371/62033-5**
Data do Doc. **18/10/2024**	Nº do documento 52532	Espécie doc. **DM**	Aceite N	Data Proces. **18/10/2024**	Nosso número **09/42/920000018-7**
Uso do Banco	Carteira **9**	Espécie **R$**	Quantidade	Valor/Percentual	(=) Valor do documento **2.490,00**
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) * * **VALORES EXPRESSOS EM REAIS** **** *					(-) Descontos/Abatimentos (-) Outras Deduções (+) Mora/Multa (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL | CNPJ/CPF: 045.349.461/0021-56**
JOVINO MARTINS DA SILVA 260 - JARDIM SAO CARLOS
13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP

Beneficiário final: **PORTO SOLDAS COMERCIAL LTDA EPP | CPF/CNPJ: 013.386.847/0001-06**
CONSTANTINO JOAO 831
13660-084 - PORTO FERREIRA - SP

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

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

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 | Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 | Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

OXIPORTO
GASES E SUPRIMENTOS

GASES INDUSTRIAIS, MEDICINAIS E EQUIPAMENTOS PARA SOLDA EM GERAL

Fone: (19) 3581-5619 / Fax: 3581-5893/ Celular: 99342-1640

Rua Daniel de Oliveira Carvalho, 1066 - Jd. Primavera - Porto Ferreira - SP

Data 16 outubro / 20 24 **ORÇAMENTO** Nº 95260

Nome Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Endereço _____ N.º _____

RG _____ CIC _____

Cidade S. C. Palmeiras Bairro _____ Fone _____

CNPJ _____ Inscr. Est. _____

Cond.Pgto. 28 dias Cep _____

Cód.	Quant	Unid.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	P. Unit.	TOTAL R$
	60	m³	oxigênio medicinal	24,00	1.440,00

TOTAL R$ 1.440,00

Assinatura do Responsável

OXIPORTO
GASES E SUPRIMENTOS

GASES INDUSTRIAIS, MEDICINAIS E EQUIPAMENTOS PARA SOLDA EM GERAL

Fone: (19) 3581-5619 / Fax: 3581-5893/ Celular: 99342-1640

Rua Daniel de Oliveira Carvalho, 1066 - Jd. Primavera - Porto Ferreira - SP

Data 17 / outubro / 2024 **ORÇAMENTO** Nº 95209

Nome ASSOCIAÇÃO Hosp. Benefic. do Brasil (4271)

Endereço _____ N.º _____

RG _____ CIC _____

Cidade S.C. Pinheiro Bairro _____ Fone _____

CNPJ _____ Inscr. Est. _____

Cond.Pgto. 28 DIAS Cep _____

Cód.	Quant	Unid.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	P. Unit.	TOTAL R$
	30	m³	AR MEDICINAL	2800	84000
MG	75	m³	AR MEDICINAL	28,00	210,00

Vencimento: 14/11/24

TOTAL R$ 1.050,00

Assinatura do Responsável

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:32:07
306203062 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 550.418.000.014.524
VALOR TOTAL 15.059,27
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ORTOFISIO MED E FISI LTDA
AGENCIA: 0418-9 CONTA: 14.524-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 9.44B.88F.A71.088.8F0

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

DEPARTAMENTO FISCAL E TRIBUTÁRIO

COORDENADORIA FISCAL E TRIBUTÁRIA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Número da Nota Fiscal **3903**

Série: **E**

Data Emissão: **08/11/2024**

Certificação: **99EF3-11DB7**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **02.525.630/0001-05** Insc. Municipal: **5405990** Insc. Estadual: **ISENTO**
Endereço: **RUA MANOEL MARTINS** N°: **367**
Bairro: **CENTRO** Compl.:
Municipio: **CASA BRANCA** UF: **SP** CEP: **13700-000**
E-mail: **ortopedistaelias@gmail.com** Telefone: **1936715034**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** Insc. Municipal: Insc. Estadual:
Endereço: **RUA JOVINO MARTINS DA SILVA** N°: **260**
Bairro: **JARDIM SÃO CARLOS** Compl.:
Municipio: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** UF: **SP** CEP: **13650-254**
E-mail: Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES DE ORTOPEDIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE DE SAÚDE POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, N°430,VILA GUILHERME ZANATA, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 378 ATENDIMENTOS.CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 16.046,10
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 02.525.630/0001-05
EMPRESA: ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA
BANCO: BRASIL- CÓD. 001
AGÊNCIA: 418
C/C: 14524-6
PIX: 02.525.630/0001-05

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

Item	Tributável	Qtde.	Vl. Unitário R$	Total R$
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS	Sim	1,00	16046,1	16.046,10

Valor Tributável:	Valor não Tributável:				
R$ 16.046,10	**R$ 0,00**	**VALOR BRUTO DA NOTA**			**R$ 16.046,10**
Valor Total das Deduções:	Desconto Incondicionado:	Desconto Condicionado:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor do ISS:
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 16.046,10**	**3,0000%**	**R$ 481,38**
PIS:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras Retenções:
R$ 104,30	**R$ 481,38**	**R$ 0,00**	**R$ 240,69**	**R$ 160,46**	**R$ 0,00**
Valor Aproximado de Impostos: Federais R$ 2.158,20 Estaduais R$ 0,00 Municipais R$ 431,64		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA**			**R$ 15.059,27**

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **11/2024** Local do Recolhimento: **CASA BRANCA/SP** Dt **08/11/2024 14:06:03**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)** Competencia:
CNAE: **8630503**
Observações:

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Impresso em: 08/11/2024 às 14:06:08

Recebi(emos) de: ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____ _____
Data Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 3903
Certificação
99EF3-11DB7

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:32:07
306203062 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 550.418.000.014.524
VALOR TOTAL 24.729,47
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ORTOFISIO MED E FISI LTDA
AGENCIA: 0418-9 CONTA: 14.524-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 1.D02.AEE.592.304.CD4

PREFEITURA MUNICIPAL DE CASA BRANCA

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

DEPARTAMENTO FISCAL E TRIBUTÁRIO

COORDENADORIA FISCAL E TRIBUTÁRIA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-E

Número da Nota Fiscal **3906**

Série: **E**

Data Emissão: **08/11/2024**

Certificação: **89810-F8E6C**

DADOS DO PRESTADOR

Nome/Razão Social: **ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA**
Nome Fantasia:
CNPJ/CPF: **02.525.630/0001-05** Insc. Municipal: **5405990** Insc. Estadual: **ISENTO**
Endereço: **RUA MANOEL MARTINS** N°: **367**
Bairro: **CENTRO** Compl.:
Municipio: **CASA BRANCA** UF: **SP** CEP: **13700-000**
E-mail: **ortopedistaelias@gmail.com** Telefone: **1936715034**

DADOS DO TOMADOR

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** Insc. Municipal: Insc. Estadual:
Endereço: **RUA JOVINO MARTINS DA SILVA** N°: **260**
Bairro: **JARDIM SÃO CARLOS** Compl.:
Municipio: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** UF: **SP** CEP: **13650-254**
E-mail: Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE ORTOPEDIA (SOBREAVISO) DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO – PAI, LOCALIZADO NA RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, Nº 192,JD SÃO CARLOS, CEP 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP.
CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 26.350,00
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 02.525.630/0001-05
EMPRESA: ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA
BANCO: BRASIL- CÓD. 001
AGÊNCIA: 418
C/C: 14524-6
PIX: 02.525.630/0001-05

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

Item	Tributável	Qtde.	Vl. Unitário R$	Total R$
SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS	Sim	1,00	26350	26.350,00

Valor Tributável:	Valor não Tributável:				
R$ 26.350,00	**R$ 0,00**	**VALOR BRUTO DA NOTA**			**R$ 26.350,00**
Valor Total das Deduções:	Desconto Incondicionado:	Desconto Condicionado:	Base de Cálculo:	Alíquota:	Valor do ISS:
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 26.350,00**	**3,0000%**	**R$ 790,50**
PIS:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras Retenções:
R$ 171,28	**R$ 790,50**	**R$ 0,00**	**R$ 395,25**	**R$ 263,50**	**R$ 0,00**
Valor Aproximado de Impostos: Federais R$ 3.544,08 Estaduais R$ 0,00 Municipais R$ 708,82		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA**			**R$ 24.729,47**

ENQUADRAMENTO DO SERVIÇO

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência: **11/2024** Local do Recolhimento: **CASA BRANCA/SP** Dt Competencia: **08/11/2024 14:45:21**
Recolhimento: **Sem Retenção** Tributação: **Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**
CNAE: **8630503**
Observações:

O conteúdo deste documento fiscal é de inteira responsabilidade do emissor.

Impresso em: 08/11/2024 às 14:58:58

Recebi(emos) de: ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA
Os serviços constantes nesta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica.

_____/_____/_____ _____
Data Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA
Número: 3906
Certificação
89810-F8E6C

```
19/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:35:33
306203062          SEGUNDA VIA              0006
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 19/11/2024
NR. DOCUMENTO               550.514.000.138.740
VALOR TOTAL                            15.470,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CLINICA M A S U LTDA
AGENCIA: 0514-2          CONTA:        138.740-5
NR. DOCUMENTO               553.062.000.037.470
================================================
NR.AUTENTICACAO           B.4B1.E0F.B96.7B5.D95
```

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
SECRETARIA DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

Código de Verificação
22087668DG

Nº Nota
81
Serie 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
08/11/2024 - 15:21:55
Competência
11/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **CLINICA MEDICA AQUINO SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA**
CNPJ/CPF: **36.619.339/0001-18** | Insc. Municipal: **15624** | Insc. Estadual:
Endereço: **RUA ALCYR AMERICO DA SILVA, 680**
Complemento: **Não Informado** | Bairro: **JARDIM PORTO SEGURO** | CEP: **13.662-146**
Município: **PORTO FERREIRA** | UF: **SP** | País: **BRASIL**
E-mail: **FOCUSCONTABILIDADEJF@GMAIL.COM** | Telefone: **32 3026-4940**
Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** | Insc. Municipal: | Insc. Estadual:
Endereço: **RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260**
Complemento: **Não Informado** | Bairro: **JARDIM SÃO CARLOS** | CEP: **13.650-254**
Município: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** | UF: **SP** | País: **BRASIL**
E-mail: | Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.

Discriminação excedeu espaço de caracteres, por favor verificar a discriminação em anexo

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 15.470,00

Local de Prestação: **PORTO FERREIRA - SP** | Local de Incidência: **PORTO FERREIRA**

Código do Serviço:
Ativ. Serviço: 4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros,

Valor do INSS Retido (R$)	Valor do IRRF Retido (R$)	Valor do CSLL Retido (R$)	Valor do PIS Retido (R$)	Valor do COFINS Retido (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Vlr Deduções (R$)	Outras Retenções (R$)	Base de Cálculo do ISS (R$)	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Valor Líquido da Nota (R$)
	0,00	**15.470,00**	**2,01**	**310,95**	**15.470,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: https://portoferreira.presconinformatica.com.br/ RECEBEMOS DO(A) CLINICA MEDICA AQUINO SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação:
22087668DG

Número da Nota:
81

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
SECRETARIA DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

Código de Verificação
22087668DG

Nº Nota
81
Serie 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
08/11/2024 - 15:21:55
Competência
11/2024

ANEXO DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES DE CLÍNICA MÉDICA E REUMATOLOGIA ESF DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES DE SAÚDE:
- POSTO PREFEITO AGOSTINHO NINO DEPERON, LOCALIZADA NA RUA ANTÔNIO SÉTIMO CHELOTI, N°250, PQ. VAROTTI, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 133 ATENDIMENTO
- POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA , LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 227 ATENDIMENTOS
- POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, N°430, VILA GUILHERME ZANATA, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 28 ATENDIMENTOS.

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 15.470,00
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 36.619.339/0001-18
EMPRESA: CLINICA MEDICA AQUINO SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA
BANCO: Brasil- Cód. 001
AGÊNCIA: 0514-2
C/C: 138740-5
PIX: 36.619.339/0001-18
SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:35:33
306203062 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 550.918.000.021.725
VALOR TOTAL 8.530,97
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DELDUQUE & MUFATO LTDA
AGENCIA: 0918-0 CONTA: 21.725-5
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 7.137.2B4.6D0.267.6AF

Prefeitura Municipal de Descalvado

Nota Fiscal Eletrônica de Prestação de Serviços

Série A-E - Número 2100

Data/Hora da Emissão:
11/11/2024 13:35:52

Chave de Verificação:
552A-CA6C

Prestador de Serviços

Nome: DELDUQUE & MUFATO LTDA
Endereço: RUA CEL. MANOEL LEME, 410 - CENTRO SALA 04
Cidade: DESCALVADO, SP - CEP: 13690-000
Telefone: Optante pelo simples: Não
E-mail: rdmufato@yahoo.com.br
CPF/CNPJ: 23.994.050/0001-37 RG/Inscr. Estadual: CCM: 12.164

Serviço: 0401 - Medicina e biomedicina.

Nota Fiscal Fatura	Fatura Nº:	Valor R$:	Vencimento:
	2100	8.530,97	11/11/2024

Tomador

Nome: ASSOCIACÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço: Rua Jovino Martins da Silva, 260 - Jardim São Carlos
Cidade: Santa Cruz das Palmeiras, SP - CEP: 13650-254
CPF/CNPJ: 45349461002156 RG/Inscr. Estadual: CCM:
Telefone: 1633748438 Optante pelo simples:
E-mail: controladoria@ahbb.org.br

A importância desta Nota Fiscal Fatura de Prestação de Serviços corresponde aos serviços prestados conforme discriminação abaixo.

Qtd.	Discriminação dos itens	Valor	Valor Total
1,0000	SERVIÇOS MÉDICOS NAS ESPECIALIDADE DE PSIQUIATRIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE DE SAÚDE CAPS 18 DE MAIO, LOCALIZADO NA RUA DOM BOSCO N° 110, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRASSP, TOTALIZANDO 101 ATENDIMENTOS. CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024. Dra SABRINA LONGO DELDUQUE TEIXEIRA - CRM 130689	9090,0000	9.090,00

Desc. Condicional:	0,00	Desc. Incondicional:	0,00	Valor aprox dos tributos R$ 0 (0%) Fonte: IBPT

Local da Prestação de Serviço:	O ISSQN devido em:	Resultado:	Código A.R.T.:	Matrícula CEI:
Descalvado - SP	DESCALVADO, SP	Brasil		

Observação: SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA
POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO,
CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
BANCO: Brasil - Cód. 001 AGÊNCIA: 918-0 - C/C: 21725-5 - PIX: 23.994.050/0001-37

Total da Nota	9.090,00
Total das Deduções	0,00
Base de Cálculo (ISS)	9.090,00
Alíquota (%)	2,00000
ISS (DEVIDO)	181,80
Total Retenções	559,03
Valor Líquido	8.530,97

Retenções na fonte pelo Tomador

ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	Outras
0,00	136,35	59,08	272,70	90,90	0,00	0,00

Data de Emissão:	Recebi da empresa, DELDUQUE & MUFATO LTDA, os serviços constantes desta Nota Fiscal Eletrônica
11/11/2024 13:35:52	Local/Data
Número da Nota: 2100	
Chave de Verificação: 552A-CA6C	Assinatura

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:32:07
306203062 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 552.589.000.024.788
VALOR TOTAL 6.210,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LAIS M P S MEDICOS LTDA
AGENCIA: 2589-5 CONTA: 24.788-X
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 5.FCA.574.FC3.61A.C0B

PM DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
92

Código de Verificação de Autenticidade
EVO6ZETTH

Data e Hora de Emissão da NFS-e
11/11/2024 às 14:05:10

Chave de Acesso
1321459IM2C4VHMQIVCC0FXMIY66LS8H

Para certificação da autenticidade acesse http://prefsrpq.com.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				11/11/2024

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
36.323.878/0001-05		**11733-0/20**	**033454**	LAIS MISKULIN PREARO SERVICOS MEDICOS LTDA

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA JOAQUIM GONCALVES SIQUEIRA, 00290	**LOTE 6 Q B**	**JARDIM AMERICA**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
13670-000	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**(19) 9929-5880**	**ESCRITORIO_COMERCIO@HOTMAIL.COM**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0021-56			**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
Rua Jovino Martins da Silva, 260		**Jardim São Carlos**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
13650-254	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**	**3546306**		**contato@agnodike.com.br**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE PSIQUIATRIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE DE SAÚDE CAPS 18 DE MAIO, LOCALIZADO NA RUA DOM BOSCO N° 110, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 69 ATENDIMENTOS. CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024. VALOR BRUTO R$ 6.210,00 DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: CNPJ: 36.323.878/0001-05 EMPRESA: Lais Miskulin Prearo Serviços Médicos LTDA BANCO: Brasil- Cód. 001 AGÊNCIA: 2589-5 C/C: 24788-0 PIX: 36.323.878/0001-05 SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.	6.210,00	R$ 6.210,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS — Construção Civil

LC 116/2003: **04.01**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina	**2,00%**	**0000040000001**	**8630503**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 6.210,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 6.210,00**	**R$ 124,20**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 6.210,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **LAIS MISKULIN PREARO SERVICOS MEDICOS LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **92** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **EVO6ZETTH**.

Data	CPF/RG	Assinatura
_____/_____/_____	_____	_____

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:35:33
306203062 SEGUNDA VIA 0011
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 552.706.000.019.068
VALOR TOTAL 12.810,53
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DANIEL R L S M LTDA
AGENCIA: 2706-5 CONTA: 19.068-3
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 0.DD7.378.A32.EBB.975

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAMBAU

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
50

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 13:59:51

Código de Verificação
6345-5745-3295

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 48.991.428/0001-70 **Cód. Mobiliário** 750151 **Insc. Mun.** 750151

Nome DANIEL RODRIGUEZ LEON SERVICOS MEDICOS LTDA

Logradouro RUA-ETTORE MARTINELLI **Número** 797

Bairro JARDIM MANOEL MEIRELLES ALVES **CEP** 13710-000

Município TAMBAÚ **UF** SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones 1983855728

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0021-56 **RG/IE**

Inscrição Mun. **Cód. Mobiliário** 0

Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail **Telefone**

Inf. Comp.

Logradouro RUA - RUA JOVINO MARTINS DA SILVA **Número** 260

Bairro JARDIM SAO CARLOS **CEP** 13650-254

Município SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS **UF** SP

Complemento **País** BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS.	13.650,0000	1,00	0,00	13.650,00

Valor Total dos Serviços - R$13.650,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES DE CLÍNICA MÉDICA ESF DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES:
- U.B.S. DR. MENDES LOCALIZADA NA RUA NICOLA SARPA, N° 207, JD. DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 261 ATENDIMENTOS.

- POSTO PREFEITO AGOSTINHO NINO DEPERON, LOCALIZADA NA RUA ANTÔNIO SÉTIMO CHELOTI, N°250, PQ. VAROTTI, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 200 ATENDIMENTOS

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 13.650,00
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 48.991.428/0001-70
EMPRESA: DANIEL RODRIGUES LEON SERVICOS MEDICOS
BANCO: Brasil- Cód. 001
AGÊNCIA: 2706-5
C/C: 19068-3
PIX: 48.991.428/0001-70

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO,
CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
88,72	409,50		204,75	136,50		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 13.650,00

Atividade

4.01-Medicina e biomedicina.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto	Desconto de Participação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços	

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Normal	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	13.650,00	0,00	839,47	409,50

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 12.810,53

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada na página da Secretaria Municipal de Finanças : (http://189.108.183.34:11000/issonline/servlet/hautenticadocumento)

Recebi(emos) do Prestador: DANIEL RODRIGUEZ LEON SERVICOS MEDICOS LTDA CNPJ: 48.991.428/0001-70

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **50** emitida em **08/11/2024** às **13:59:51 -** Cód Verif **6345-5745-3295**
Condições de Pagamento: Vencimento: 08/11/2024 Valor Total R$ **13.650,00** Valor Líquido R$ **12.810,53**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:00:16
306203062 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.829
VALOR TOTAL 11.080,56
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.829-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 9.634.71E.F34.4C0.3A0

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124111838475380-1	45349461 10/2024 MENSAL

Pagar este documento até
19/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
276.651,21

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	986	276.651,21	0,00	0,00	0,00	276.651,21
Total Geral:		**276.651,21**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**276.651,21**

Data de geração da Guia: 18/11/2024 às 12:42:46 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/8d18378696894814a7e80d9cb362bcf85204000053039865802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***63044BE2

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/8d18378696894814a7e80d9cb362bcf8

Consultas - Emissão de comprovantes

```
19/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:00:16
306203062          SEGUNDA VIA              0007
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 19/11/2024
NR. DOCUMENTO               553.062.000.036.829
VALOR TOTAL                              28.672,47
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         36.829-6
NR. DOCUMENTO               553.062.000.037.470
================================================
NR.AUTENTICACAO           E.6A0.3FB.205.031.F51
```

Transação efetuada com sucesso por: JG037509 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 59 JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM	R$ 976,50
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 4 AGNODIKE LTDA.	R$ 13.970,93
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2646 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 632,40
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2647 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 221,07
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2648 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 248,72
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2649 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 592,88
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2650 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 219,11
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2651 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 592,88
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 286 ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	R$ 1.617,18
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 287 ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	R$ 118,44
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1114 CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA-M	R$ 408,60
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2028 ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & C	R$ 228,59
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 46 DANIEL RODRIGUEZ LEON SERVIÇOS	R$ 634,72
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 817 GONÇALVES & PAIXAO CLINICA MED	R$ 922,76
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 741 MARTINEZ E JALDIN MEDICOS ASSO	R$ 153,45
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1289 CLINICA JEM MARANGON LTDA	R$ 676,66
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 3877 ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERA	R$ 1.067,18
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 3878 ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERA	R$ 746,14
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1099 J.C.M.M. CLINICA MEDICA LTDA	R$ 1.408,81
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1795 MARCELO BENINI BEZZAN & CIA LT	R$ 169,32
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 2051 DELDUQUE & MUFATO LTDA	R$ 334,80
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1290 ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTD	R$ 228,98
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1288 ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTD	R$ 592,88
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1375 CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON	R$ 997,43
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 1376 CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON	R$ 690,87
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	SERVICOS MEDICOS	NFS-E 442 MARIANA BAPTISTELLA MAZOTTI SE	R$ 94,75
				R$ 28.546,05

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR	
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	NFS-E 4514 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R$	93,00
19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	NFS-E 10235 SISQUAL WORKFORCE MANAGMENT LT	R$	33,42
				R$	**126,42**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:00:16
306203062 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.829
VALOR TOTAL 13.987,86
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.829-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO F.533.3C1.ED4.429.D37

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:00:16
306203062 SEGUNDA VIA 0008
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.829
VALOR TOTAL 4.217,38
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.829-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 7.51D.BCF.492.D94.6F3

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ	Razão Social
45.349.461/0001-02	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Período de Apuração	Data de Vencimento	Número do Documento
Outubro/2024	19/11/2024	07.16.24323.4470436-4

Pagar este documento até
19/11/2024

Valor Total do Documento
857.738,78

Observações
Nº Recibo Declaração: 50000281961166

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO 01 CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	311.425,75			311.425,75
1099	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20 02 CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 20% PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	72,00			72,00
0561	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO 07 IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	164.684,14			164.684,14
1708	IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ 06 IRRF - REMUNER SERV PRESTADOS POR PJ PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	53.654,04			53.654,04
5952	RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV 07 RET DE CONTRIBUICOES PAGT PJ A PJ DE DIR PRIV PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	160.699,77			160.699,77
5960	COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO 07 COFINS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	7.644,12			7.644,12
5979	PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO 07 PIS - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	830,72			830,72
5987	CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO 07 CSLL - RETENCAO PAGT PJ A PJ DE DIR PRIVADO PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	1.278,06			1.278,06
6147	PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO 05 PRODUTOS-RETIDO POR ORGAO PUBLICO PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	72.632,63			72.632,63
6228	CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ 05 CSLL - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	118,95			118,95

85840008577 4 38780385243 0 24071624323 9 44704364944 2 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

85840008577 4 | 38780385243 0 | 24071624323 9 | 44704364944 2

CNPJ: 45.349.461/0001-02
Número: 07.16.24323.4470436-4
Pagar até: 19/11/2024
Valor: 857.738,78

Pague com o PIX

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
6230	PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ 05 PIS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO A PJ PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	77,32			77,32
6243	COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ 05 COFINS - RET FONTE PAGTO ORGAO PUBLICO PJ PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	356,84			356,84
6256	IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO 05 IRPJ - PAGTO ORGAO PUBLICO PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024	22.474,54			22.474,54
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:05.873.322/0001-69	93,50			93,50
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:08.723.831/0001-01	22.232,52			22.232,52
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:12.106.772/0001-91	5.148,00			5.148,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:13.662.388/0001-38	15.950,00			15.950,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:16.715.501/0001-94	3.575,00			3.575,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:20.555.337/0001-72	6.600,00			6.600,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:37.257.070/0001-30	5.005,00			5.005,00
1162	CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98 01 CP PATRONAL - RETENÇÃO LEI 9.711/98	3.185,88			3.185,88

Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
	PA:10/2024 Vencimento:19/11/2024 CNPJ Prestador:46.988.583/0001-01				
	Totais	**857.738,78**			**857.738,78**

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:32:06
306203062 SEGUNDA VIA 0009
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.341.000.006.980
VALOR TOTAL 10.782,30
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: C M SCANTAMBURLO SC LTDA
AGENCIA: 3341-3 CONTA: 6.980-9
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 7.AA5.A5E.FD6.FA9.2FC

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
2973

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 13:28:27

Código de Verificação
2772-4791-5737

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	04.538.140/0001-79	**Cód. Mobiliário**	171	**Insc. Mun.**	171
Nome	CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA				
Logradouro	RUA-SANTA CRUZ			**Número**	306
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-011
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
172	SERVIÇOS PRESTADOS	10.782,3000	1,00	10.782,30

Valor Total dos Serviços - R$10.782,30

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MEDICOS NA ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA DURANTE O PERIODO DE 01/10/2024 A 31/10/2024 NA UNIDADES:
POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA, LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS/SP, TOTALIZANDO 45 ATENDIMENTOS.
POSTO DE SAUDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO, LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, Nº.430, CEP 13652-032, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS/SP, TOTALIZANDO 81 ATENDIMENTOS.
POSTO DE SAUDE U.B.S. DR. MENDES, LOCALIZADO NA RUA NICOLA SARPA, Nº. 207, JD DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, TOTALIZANDO 71 ATENDIMENTOS.
POSTO DE SAUDE POSTO PREFEITO AGOSTINHO NINO DEPERON, LOCALIZADA NA RUA ANTONIO SETIMO CHELOTI, Nº. 250, PQ VAROTTI, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS/SP, TOTALIZANDO 57
ATENDIMENTOS.

CONTRATO DE GESTAO Nº. 89/2024
DADOS BANCARIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 04538140000179
EMPRESA: CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA
BANCO: BRASIL - COD. 001
AGENCIA: 3341-3
C/C: 6980-9
PIX: 04.538.140/0001-79

SERVIÇO PRESTADO PELOS PROPRIOS SOCIOS NO EXERCICIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLACAO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3º, INCISO II E III DA IN/RFB N. 2110/2022

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 10.782,30

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,5400	10.782,30	0,00	0,00	381,69

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 10.782,30

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA CNPJ: 04.538.140/0001-79

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **2973** emitida em **08/11/2024** às **13:28:27 -** Cód Verif **2772-4791-5737**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **10.782,30** Valor Líquido R$ **10.782,30**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:00:16
306203062 SEGUNDA VIA 0010
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.062.000.036.829
VALOR TOTAL 9.249,18
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 36.829-6
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 0.BA1.FC8.9C2.98E.906

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 4 AGNODIKE LTDA.	R$ 4.506,75
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2646 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 204,00
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2647 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 71,32
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2648 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 80,23
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2649 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 191,25
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2650 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 70,68
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2651 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA	R$ 191,25
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 286 ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	R$ 521,67
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 287 ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	R$ 38,21
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1114 CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA-M	R$ 131,81
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2028 ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & C	R$ 73,74
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 46 DANIEL RODRIGUEZ LEON SERVIÇOS	R$ 204,75
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 817 GONÇALVES & PAIXAO CLINICA MED	R$ 297,67
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 741 MARTINEZ E JALDIN MEDICOS ASSO	R$ 49,50
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1289 CLINICA JEM MARANGON LTDA	R$ 218,28
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 3877 ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERA	R$ 344,25
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 3878 ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERA	R$ 240,69
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1099 J.C.M.M. CLINICA MEDICA LTDA	R$ 454,45
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1795 MARCELO BENINI BEZZAN & CIA LT	R$ 54,62
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 2051 DELDUQUE & MUFATO LTDA	R$ 108,00
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1290 ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTD	R$ 73,86
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1288 ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTD	R$ 191,25
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1375 CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON	R$ 321,75
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 1376 CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON	R$ 222,86
19/11/2024	IRRF NOTA	SERVICOS MEDICOS	IRRF NFS-E 442 MARIANA BAPTISTELLA MAZOTTI SE	R$ 30,56
				R$ 8.893,40

DT REALIZADA	CONTA	HISTÓRICO	COMPLEMENTO	VALOR
19/11/2024	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	IRRF NFS-E 59 JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM	R$ 315,00
19/11/2024	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	IRRF NFS-E 4514 DESTRA - APOIO E PREV EM SEG D	R$ 30,00
19/11/2024	IRRF NOTA	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS	IRRF NFS-E 10235 SISQUAL WORKFORCE MANAGMENT LT	R$ 10,78
				R$ 355,78

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:32:06
306203062 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.341.000.006.980
VALOR TOTAL 5.645,85
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: C M SCANTAMBURLO SC LTDA
AGENCIA: 3341-3 CONTA: 6.980-9
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO A.561.246.1B1.D46.FBD

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
2972

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 13:21:22

Código de Verificação
4409-1535-0781

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	04.538.140/0001-79	**Cód. Mobiliário**	171	**Insc. Mun.**	171
Nome	CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA				
Logradouro	RUA-SANTA CRUZ			**Número**	306
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-011
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
172	SERVIÇOS PRESTADOS	5.645,8500	1,00	5.645,85

Valor Total dos Serviços - R$5.645,85

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MEDICOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA DURANTE O PERIODO DE 01/10/2024 A 31/10/2024 NAS UNIDADES:
POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA, LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS/SP, TOTALIZANDO 85 ATENDIMENTOS.
UNIDADE UMI - UNIDADE MATERNA E INFANTIL PREF. M.M. RAMOS, LOCALIZA NA RUA CAMPOS SALES, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS/SP, TOTALIZANDO 48 ATENDIMENTOS.

CONTRATO DE GESTÃO Nº. 89/2024
DADOS BANCARIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 04538140000179
EMPRESA: CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA
BANCO: BRASIL - COD. 001
AGENCIA - 3341-3
C/C: 6980-9
PIX: 04.538.140/0001-79

SERVIÇO PRESTADO PELOS PROPRIOS SOCIOS NO EXERCICIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇAO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3º, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.645,85

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,5400	5.645,85	0,00	0,00	199,86

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 5.645,85

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA CNPJ: 04.538.140/0001-79

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **2972** emitida em **08/11/2024** às **13:21:22 -** Cód Verif **4409-1535-0781**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **5.645,85** Valor Líquido R$ **5.645,85**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:35:33
306203062 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.341.000.007.965
VALOR TOTAL 7.983,13
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: C CAVALHEIRO SC LTDA
AGENCIA: 3341-3 CONTA: 7.965-0
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 1.4D2.60C.A3D.9A3.B53

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1117

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 12:28:05

Código de Verificação
6857-2034-6077

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	05.400.010/0001-38	**Cód. Mobiliário**	610	**Insc. Mun.**	610
Nome	CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA - ME				
Logradouro	RUA-PRUDENTE DE MORAES			**Número**	168
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-039
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
245	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS	8.787,1500	1,00	8.787,15

Valor Total dos Serviços - R$8.787,15

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES:
U.B.S. DR. MENDES LOCALIZADA NA RUA NICOLA SARPA, N° 207, JD. DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 54 ATENDIMENTOS
UNIDADE UMI - UNIDADE MATERNA E INFANTIL PREF. M. M. RAMOS, LOCALIZADA NA RUA CAMPOS SALES, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 153 ATENDIMENTOS.
TOTAL: ATENDIMENTOS 207

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 8.787,15

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 05.400.010/0001-38
EMPRESA: CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA
BANCO: Brasil - Cód. 001
AGÊNCIA: 7965-0
C/C: 3341.3
PIX: 05.400.010/0001-38.

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
57,12	263,61		131,81	87,87		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.787,15

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	8.787,15	0,00	804,02	263,61

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 7.983,13

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA - ME CNPJ: 05.400.010/0001-38

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1117** emitida em **08/11/2024** às **12:28:05 -** Cód Verif **6857-2034-6077**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **8.787,15** Valor Líquido R$ **7.983,13**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:35:33
306203062 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 553.345.000.011.238
VALOR TOTAL 650,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIANA VIRGINIA VARIZE
AGENCIA: 3345-6 CONTA: 11.238-0
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO 8.152.148.8E5.D39.987

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE VITERBO

Departamento de Finanças

Rua 7 de Setembro, 398 - Centro

Número do RPS	Número da nota
	90

Data da emissão da nota: 13/11/2024 14:25:58

Data do fato gerador: 13/11/2024 14:25:58

Código de verificação: 6Z1C21YCY

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: MARIANA VIRGINIA VARIZE - ME — Inscrição estadual: 622.031.109.110

CPF/CNPJ: 25.902.760/0001-15 — Inscrição municipal: 8877 — Telefone: (16) 3954-6448

Endereço: AV PRESIDENTE VARGAS Número: 186 Bairro: JARDIM BOA VISTA CEP: 14270-000

Complemento: SALA 03 — Celular:

Município: Santa Rosa de Viterbo — UF: SP

E-mail: marivarize@yahoo.com.br — Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome fantasia:

Nome/Razão social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0021-56 — Inscrição municipal: — Inscrição estadual:

Endereço: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA Número: 260 Bairro: JARDIM SAO CARLOS CEP: 13650-254

Complemento:

Município: Santa Cruz das Palmeiras — UF: SP

E-mail: — Telefone: — Celular:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor unitário	Qtd	Valor do serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
SERVIÇO PRESTADO - ESTUDO DE EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO - EOA - REFERENTE AO ATENDIMENTO 02.11.07.015-7 REFERENTE A OUTUBRO NO PERÍODO DE 01/10/2024 À 31/10/2024 .	50,0000	13,0000	650,0000	650,00	x2,01 =	13,07

Forma de Pagamento

Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)	Parcela	Vencimento	Tipo	Valor (R$)
1		À vista	650,00								

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL	Outras retenções
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor bruto = R$ 650,00 — **Valor líquido = R$ 650,00**

Códigos dos serviços:

04.08 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Desc. condicionado(R$)	Desc. incondicionado(R$)	Deduções(R$)	Base de cálculo(R$)	Valor ISS(R$)
0,00	0,00	0,00	650,00	13,07

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da operação: Tributação fora do município
Situação tributária do ISSQN: Normal
Local da prestação do serviço: Santa Cruz das Palmeiras

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Verificar autenticidade

Valor aproximado do tributo federal - R$ 87,42 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 13,91 (2,14%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

Santa Cruz das Palmeiras, 05 de novembro de 2024.

Ofício nº 185/2024.
Assunto: Faturamento 10/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o número de atendimentos da Dra. Mariana Virgínia Varize - Fonoaudióloga, referente ao atendimento 02.11.07.015-7 (Estudo de Emissões Otoacusticas evocadas transitórias e produtos de distorção – EOA) conforme planilha anexa. Este número de atendimentos é referente ao **mês de outubro/2024 (faturamento novembro/2024),** referente **período 01/10/2024 à 31/10/2024.**

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

Quantidade de Atendimento Médico " Unidade Materna Infantil - UMI "

Mês de Referência
outubro-24

Período Correspondente
01/10/2024 a 31/10/2024

Médico (ª)	DRa. MARIANA VIRGINIA VARIZE	FONOAUDIOLOGO	
Código	65.869	2ª feira	
Data	nº de Atendimento	Pac. Cadastrados	Pacientes sem Cadastro
14/out	13	13	0
		0	0
Total	13	13	0
Pacientes cadastrados ASSESSOR		13	
Pacientes sem cadastro ASSESSOR		0	
Numero total de Atendimento		13	

Data da Falta	Data da Reposição

CONTRATO
Maximo de Consultas:

19/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:35:33
306203062 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 19/11/2024
NR. DOCUMENTO 556.805.000.040.221
VALOR TOTAL 2.231,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIANA B M S M LTDA
AGENCIA: 6805-5 CONTA: 40.221-4
NR. DOCUMENTO 553.062.000.037.470
==========
NR.AUTENTICACAO A.302.72C.148.B8A.A82

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 61 Série 1, emitido em 12/11/2024

20241113u39405498000108

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000447	12/11/2024 19:36:50	XBLZ-EWW6

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **39.405.498/0001-08** Inscrição Municipal: **6.726.842-0**
Nome/Razão Social: **MARIANA BAPTISTELLA MAZZOTTI SERVICOS MEDICOS LTDA**
Endereço: **R JEROAQUARA 406, APT 172 - VILA ROMANA - CEP: 05047-010**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0021-56** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **Rua Rua Jovino Martins da Silva 260 - Jardim São Carlos - CEP: 13650-254**
Município: **São Paulo** UF: **SP** E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/09/2024 ATÉ 30/09/2024 NAS UNIDADES:
- U.B.S. DR. MENDES LOCALIZADA NA RUA NICOLA SARPA, N° 207, JD. DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 35 ATENDIMENTOS
- POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA , LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 21 ATENDIMENTOS

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 2.377,20

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 39.405.498/0001-08

EMPRESA: MARIANA BAPSTELLA MAZZOTTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

BANCO: Brasil - Cód. 001
AGÊNCIA: 6805-5
C/C: 40221-4

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 2.377,20

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	35,66	23,77	71,32	15,45

Código do Serviço
04030 - Medicina e biomedicina.

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	2.377,20	2,00%	47,54	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e não gera crédito pois o tomador não possui inscrição municipal em São Paulo; (3) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 61 Série 1, emitido em 12/11/2024; (4) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2024;

21/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 11.30.58

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: MARINA SIMOES MINIERI

CPF/CNPJ: 430.705.598-59

AGENCIA: 6542 CONTA: 28.504-8

DATA DO PAGAMENTO: 19/11/2024

VALOR: 19.045,51

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: 2.E44.8F8.90A.624.EFF

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
139.39639.97-3	MARINA SIMOES MINIERI			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA MIZAEL GONCALVES BARBOSA NETO, 178				JARDIM SAO CARLOS
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-248	26553000000 - 00385 / SF	430.705.598-59
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
28/04/1997	JOSEANA RAFAELI FIORIM SIMOES MINIERI			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento

Despedida sem justa causa, pelo empregador

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
8.354,82	26/07/2024	11/11/2024	11/11/2024	SJ2

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 11/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 2.566,67	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 103,55	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 15,25 horas 40,00%	R$ 216,66
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$ 81,25	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$ 1.828,69	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R$ 2.435,54	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 1.014,81
69 - Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R$ 7.306,65	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R$ 609,56	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R$ 608,88
82 Ajuda de Custo Art. 470/CLT	R$ 1.000,00	95 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R$ 3.941,70		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 21.713,96**

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$ 786,19	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 198,26
114.1 IRRF	R$ 1.684,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 2.668,45**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 19.045,51**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

CNPJ: 45.349.461/0021-56 Emissão: 19/11/2024

Cálculo: Complementar Horas: 09:57:13

Competência: 10/2024

Complemento de cálculo: Comp 10/2024 - Data pagto 18/11/2024 - Lançamento

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8987 DANIELA ANSELMO Situação: Trabalhando CPF: 322.272.888-76 Adm: 26/07/2024

Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00

Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	51,40 P	998	I.N.S.S.	8,53	36,28 D	
331	HORAS EXTRAS 50%	12,33	267,27 P					

ND: 1 Proventos: 318,67 Descontos: 36,28 Informativa: 25,50 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **282,39**

NF: 1 Base INSS: 318,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 318,67 Valor FGTS: 25,50 Base IRRF: 318,67

Empr.: 8994 JESSICA MARIANO Situação: Trabalhando CPF: 361.762.858-36 Adm: 27/07/2024

Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00

Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.318,81

250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	100,63 P	998	I.N.S.S.	9,41	74,87 D	
331	HORAS EXTRAS 50%	24,14	523,28 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	66,45 D	

ND: 2 Proventos: 623,91 Descontos: 141,32 Informativa: 49,91 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **482,59**

NF: 2 Base INSS: 623,91 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 623,91 Valor FGTS: 49,91 Base IRRF: 549,04

Empr.: 9000 LUANA SANTANA DA SILVA FERREIRA Situação: Trabalhando CPF: 454.204.788-11 Adm: 26/07/2024

Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00

Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,00

250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	114,47 P	998	I.N.S.S.	10,20	99,36 D	
331	HORAS EXTRAS 50%	19,00	595,24 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	140,63 D	

ND: 0 Proventos: 709,71 Descontos: 239,99 Informativa: 56,77 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **469,72**

NF: 0 Base INSS: 709,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 709,71 Valor FGTS: 56,77 Base IRRF: 709,71

Total Geral Proventos: 1.652,29 Total Geral Descontos: 417,59

Líquido Geral: 1.234,70

Resumo por Rubrica

250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	266,50 P	998	I.N.S.S.	28,14	210,51 D
331	HORAS EXTRAS 50%	55,47	1.385,79 P	999	IMPOSTO DE RENDA	37,50	207,08 D

Líquido Geral: 1.234,70

EXTRATO MENSAL

INSS		FGTS, PIS e ISS	
Salário contribuição empregados:	1.652,29	Base do FGTS:	1.652,29
Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor do FGTS:	132,18
Excedente:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Base total:	1.652,29	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Segurados:	210,51	Base FGTS Rescisório:	0,00
Empresa:	0,00	Valor FGTS Rescisório:	0,00
RAT:	0,00	Base FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Contribuintes:	0,00	Valor FGTS Resc. mês ant.:	0,00
Terceiros:	0,00	Base PIS:	0,00
Total INSS:	210,51	Valor PIS:	0,00
Base INSS Receita Bruta:	0,00	Base ISS:	0,00
(-) Salário Família:	186,12	Valor ISS:	0,00
(-) Salário Maternidade:	0,00		
Valores pagos a Cooperativas:	0,00		

IRRF conforme competência do cálculo		IRRF conforme competência do pagamento	
Base IRRF Mensal:	1.577,42	Base IRRF Mensal:	0,00
Valor IRRF Mensal:	207,08	Valor IRRF Mensal:	0,00
Base IRRF Férias:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Valor IRRF Férias:	0,00	Valor IRRF Férias:	0,00
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	0,00	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Valor IRRF 13º Salário:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Valor Total do IRRF:	207,08	Valor Total do IRRF:	0,00
IRRF Aluguéis:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00

Situações

No. Empregados:	3	Demitido:	0
No. Estagiários:	0	Transferido:	0
Trabalhando:	3	Férias:	0
Afastado direitos integrais:	0	Mandato sindical:	0
Afastado acidente de trabalho:	0	Aposentadoria:	0
Afastado serviço militar:	0	Partic. curso/programa de qualificação:	0
Salário maternidade:	0	Ausência justificada:	0
Salário maternidade INSS:	0	Outros afastamentos:	0
Doença:	0	Admissões:	0
Doença Profissional:	0	No. Contribuintes:	0
Licença sem vencimento:	0		

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.35
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 579.105.704-7

FAVORECIDO: CLAUDIA M. FIORIN CALDIRON NOGUEIRA
CPF/CNPJ: 11.004.562/0001-20
VALOR: R$ 11.742,36
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111901
AUTENTICACAO SISBB: B.49F.06F.89F.151.2D2
==========
Vem ai a BB Friday com as melhores ofertas do ano e condicoes imperdiveis em produtos e servicos pra apoiar sua empresa. Fique de olho!

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**1382**
Data de Emissão	**08/11/2024**
Data e Hora da Competência	**08/11/2024 às 14:33:49**
Código de Verificação	0158-7782-5514

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	11.004.562/0001-20	**Cód. Mobiliário**	10128	**Insc. Mun.**	10128
Nome	CLAUDIA MARIA FIORIN CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA				
Logradouro	RUA-CORONEL PENTEADO			**Número**	885
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-009
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
103	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS	12.925,0000	1,00	12.925,00

Valor Total dos Serviços - R$12.925,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

DRA CLAUDIA:
SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE (SOBREAVISO) GINECOLOGIA, DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO – PAI, LOCALIZADO NA RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, Nº 192, JD SÃO CARLOS, CEP 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, SENDO REALIZADAS 282 HORAS DE SOBREAVISO.

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.

VALOR TOTAL BRUTO R$ 12.925,00
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 11.004.562/0001-20
EMPRESA: Claudia M. Fiorin Caldiron Nogueira & CIA LTDA
BANCO: Caixa - Cód.104
AGÊNCIA: 1198
C/C: 003. 00001069-2
PIX: 11.004.562/0001-20

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
84,01	387,75		193,88	129,25		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 12.925,00

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	12.925,00	0,00	1.182,64	387,75

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 11.742,36

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CLAUDIA MARIA FIORIN CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA CNPJ: 11.004.562/0001-20

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1382** emitida em **08/11/2024** às **14:33:49 -** Cód Verif **0158-7782-5514**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **12.925,00** Valor Líquido R$ **11.742,36**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 579.105.704-7

FAVORECIDO: CLAUDIA M. FIORIN CALDIRON NOGUEIRA
CPF/CNPJ: 11.004.562/0001-20
VALOR: R$ 13.498,04
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111902
AUTENTICACAO SISBB: B.2C1.281.DDE.754.EA8
==========
Vem ai a BB Friday com as melhores ofertas do ano e condicoes imperdiveis em produtos e servicos pra apoiar sua empresa. Fique de olho!

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1381

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 13:45:23

Código de Verificação
1785-7908-4184

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	11.004.562/0001-20	**Cód. Mobiliário**	10128	**Insc. Mun.**	10128
Nome	CLAUDIA MARIA FIORIN CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA				
Logradouro	RUA-CORONEL PENTEADO			**Número**	885
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-009
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
103	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS	14.857,5000	1,00	14.857,50

Valor Total dos Serviços - R$14.857,50

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

DRA CLAUDIA:
SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE GINECOLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES:
- UMI - UNIDADE MATERNA E INFANTIL PREF. M. M. RAMOS, LOCALIZADA NA RUA CAMPOS SALES, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 169 ATENDIMENTOS.
- POSTO MARCOS PAULO VEROTTI PEDRA , LOCALIZADO NA RUA ANTONIO DA SILVA, 2-56 CONJ HAB HABITAR BRASIL, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 46 ATENDIMENTOS
- POSTO PREFEITO AGOSTINHO NINO DEPERON, LOCALIZADA NA RUA ANTÔNIO SÉTIMO CHELOTI, N°250, PQ. VAROTTI, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 40 ATENDIMENTOS
- NA UBS DR MENDES, LOCALIZADA RUA NICOLA SARPA, N° 207, JD. DAS PALMEIRAS, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP. SOMANDO UM TOTAL DE 35 ATENDIMENTOS

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 14.857,50
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 11.004.562/0001-20
EMPRESA: Claudia M. Fiorin Caldiron Nogueira & CIA LTDA
BANCO: Caixa - Cód.104
AGÊNCIA: 1198
C/C: 003. 00001069-2
PIX: 11.004.562/0001-20

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
96,57	445,73		222,86	148,57		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 14.857,50

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	14.857,50	0,00	1.359,46	445,73

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 13.498,04

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CLAUDIA MARIA FIORIN CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA CNPJ: 11.004.562/0001-20

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1381** emitida em **08/11/2024** às **13:45:23 -** Cód Verif **1785-7908-4184**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **14.857,50** Valor Líquido R$ **13.498,04**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 1581-4 - JD SAO LUIZ RIB PRETO
CONTA: 13.000.432-8

FAVORECIDO: GONCALVES E PAIXAO CLINICA MEDICA L
CPF/CNPJ: 21.627.283/0001-76
VALOR: R$ 18.623,97
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111903
AUTENTICACAO SISBB: 0.231.310.7DE.F49.E7B

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal: 833

Dados do Prestador de Serviço

Goncalves & Paixao Clinica Medica Ltda
Avenida Costábile Romano,2414 - sala 1 - Ribeirânia
CEP 14096-275 - Fone: (01)03656-4466 - Ribeirão Preto/ SP
spcenter@dglnet.com.br
Inscrição Municipal 20106557 - CPF/CNPJ 21.627.283/0001-76

Data de Geração da NFS-e: **11/11/2024 11:37:42**
Data de Competência: **11/11/2024**
Cód. de Autenticidade: **2E4E46F1F**
Responsável pela Retenção:

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
Exigível			

Local dos Serviços	Município Incidência
Santa Cruz das Palmeiras - São Paulo	Ribeirão Preto - São Paulo

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF :	45.349.461/0021-56	**IM :**	
Razão Social :	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Endereço :	Rua Jovino Martins da Silva	**Número :**	260
Complemento :		**Bairro :**	Jardim São Carlos
CEP :	13650-254	**Cidade/UF :**	Santa Cruz das Palmeiras/ SP
Telefone :	(19)3374-8438	**E-mail :**	contato@agnodike.com.br

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ	Inscrição Municipal	Razão Social

Descrição dos Serviços

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE NEUROLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE DE SAÚDE CAPS 1 8 DE MAIO, LOCALIZADO NA RUA DOM BOSCO N° 110, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 152 ATENDIMENTOS.
CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 19.844,40

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 21.627.283/0001-76
EMPRESA: Gonçalves & Paixão Clínica Medica LTDA

BANCO: Santander - Cód. 033
AGÊNCIA: 1581
C/C: 13. 000432-8
PIX: (19) 99697-7080

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. NBS	Cód. CNAE
40301 - Hospitais -	**2,00**	401		8630503

Vl. Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 19.844,40	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 19.844,40	R$ 396,89	Não	R$ 0,00

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	Vl. ISSQN Retido	Vl. Líquido da Nota Fiscal
R$ 128,99	R$ 595,33	R$ 0,00	R$ 297,67	R$ 198,44	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ **18.623,97**

Construção Civil | **Cód. Obra :** | **Art. :**

Informações Adicionais

.

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0026-4 - PIRASSUNUNGA
CONTA: 13.002.935-9

FAVORECIDO: ELISEU APARICIO DO AMPARO COZZA LTD
CPF/CNPJ: 18.061.407/0001-94
VALOR: R$ 5.336,00
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111904
AUTENTICACAO SISBB: F.1DB.4B8.906.5C7.F44

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**646**
Data de Emissão	**08/11/2024**
Data e Hora da Competência	**08/11/2024 às 14:54:33**
Código de Verificação	1986-9872-1361

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	18.061.407/0001-94	**Cód. Mobiliário**	1473900	**Insc. Mun.**	1473900
Nome	ELISEU APARICIO DO AMPARO COZZA LTDA				
Logradouro	RUA-MARIA AP. BUENO BARBOSA			**Número**	910
Bairro	VILA GUIMARÃES			**CEP**	13630-225
Município	PIRASSUNUNGA			**UF**	SP

Autenticação

Situação	Optante do Simples Nacional
Telefones	00000000
E-Mail's	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.		**Cód. Mobiliário**	0
Nome	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail		**Telefone**	
Inf. Comp.			
Logradouro	R JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	260
Bairro	JARDIM SAO CARLOS	**CEP**	13650-254
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento		**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
1	SERVIÇO	5.336,0000	1,00	5.336,00

Valor Total dos Serviços - R$5.336,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE UROLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024

NA UNIDADE POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, N°430, VILA GUILHERME ZANATA, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP,
TOTALIZANDO 42 ATENDIMENTOS CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: CNPJ: 18.061.407/0001-94 EMPRESA: Eliseu Aparício do Amparo Cozza LTDA BANCO: Santander Cód. 033 AGÊNCIA: 0026 C/C:13002935-9 PIX: 18.061.407/0001-94

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.336,00

Atividade
4.01-MEDICINA E BIOMEDICINA

Operação		**Deduçao de Materiais/Equipamentos**	**Responsável pelo imposto**	
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos		Não	Prestador dos Serviços	
Situação da Nota Fiscal		**Local do Serviço**	**Local de Prestação**	
Simples Nacional		Fora do Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP	
Aliquota (%)	**Base de Cálc. (R$)**	**Vlr. Total das Deduções (R$)**	**Vlr. Total Retido (R$)**	**Vlr. do ISS (R$)**
2,2610	5.336,00	0,00	0,00	120,65

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 5.336,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: ELISEU APARICIO DO AMPARO COZZA LTDA CNPJ: 18.061.407/0001-94

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **646** emitida em **08/11/2024** às **14:54:33 -** Cód Verif **1986-9872-1361**
Condições de Pagamento: Vencimento: 08/11/2024 Valor Total R$ **5.336,00** Valor Líquido R$ **5.336,00**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3269-7 - RIB.PRETO-R.SAO SEBASTIAO
CONTA: 13.000.057-6

FAVORECIDO: MARTINEZ E JALDIN MEDICOS ASSOCIADO
CPF/CNPJ: 08.787.752/0001-56
VALOR: R$ 3.097,05
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111905
AUTENTICACAO SISBB: D.10F.4BC.89F.4B6.426

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal: 753

Dados do Prestador de Serviço

Martinez e Jaldin Medicos Associados S/s Ltda
Rua Miguel Tamburus,195 - City Ribeirão
CEP 14021-040 - Fone: (16)9768-1330 - Ribeirão Preto/ SP
Inscrição Municipal 12502601 - CPF/CNPJ 08.787.752/0001-56

Data de Geração da NFS-e: **08/11/2024 14:36:37**
Data de Competência: **08/11/2024**
Cód. de Autenticidade: **E151DC96E**
Responsável pela Retenção:

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
Exigível			

Local dos Serviços	Município Incidência
Ribeirão Preto - São Paulo	Ribeirão Preto - São Paulo

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF :	45.349.461/0021-56	**IM :**	
Razão Social :	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Endereço :	Rua Jovino Martins da Silva	**Número :**	260
Complemento :		**Bairro :**	Jardim São Carlos
CEP :	13650-254	**Cidade/UF :**	Santa Cruz das Palmeiras/ SP
Telefone :	(16)3374-8438	**E-mail :**	contato@agnodike.com.br

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ	Inscrição Municipal	Razão Social

Descrição dos Serviços

- SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE (SOBREAVIDO) GINECOLOGIA, DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO – PAI, LOCALIZADO NA RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, Nº 192, JD SÃO CARLOS, CEP 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 72 HORAS.

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.

- BANCO: Santander - Cód. 033
AGÊNCIA: 3269
C/C: 3000057-6
PIX: NÃO TEM

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

- Dr. JAIME G. J. JALDIN MONTANO

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. NBS	Cód. CNAE
40302 - Clinicas -	**2,00**	401		8630503

Vl. Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 3.300,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 3.300,00	R$ 66,00	Não	R$ 0,00

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	Vl. ISSQN Retido	Vl. Líquido da Nota Fiscal
R$ 21,45	R$ 99,00	R$ 0,00	R$ 49,50	R$ 33,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ **3.097,05**

Construção Civil	Cód. Obra :	Art. :

Informações Adicionais

Chave de acesso no Ambiente de Dados Nacional: 35434021208787752000156000000000075324111731076590.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 4376-1 - SICOOB CREDICUCAR
CONTA: 68.771-5

FAVORECIDO: RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SER
CPF/CNPJ: 56.147.245/0001-09
VALOR: R$ 12.550,68
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111906
AUTENTICACAO SISBB: 8.583.FA5.8B3.452.A1C

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
25

Data de Emissão
11/11/2024

Data e Hora da Competência
11/11/2024 às 09:28:01

Código de Verificação
1158-2493-2545

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	56.147.245/0001-09	**Cód. Mobiliário**	13265	**Insc. Mun.**	13265
Nome	RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SERVIÇOS MÉDICOS				
Logradouro	RUA-JOAQUIM AUGUSTO CORREA			**Número**	25
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-051
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones (19) 3672-2500

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
5	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS	12.819,9000	1,00	12.819,90

Valor Total dos Serviços - R$12.819,90

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NAS ESPECIALIDADES DE CLÍNICA MÉDICA, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E OTORRINOLARINGOLOGISTA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES DE SAÚDE:

/>
- CENTRO DE SAÚDE III "AFONSO LUZZI" LOCALIZADA NA AV. XV DE NOVEMBRO Nº 872, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, SOMANDO UM TOTAL DE 163 ATENDIMENTOS.
- POSTO PREFEITO AGOSTINHO NINO DEPERON, LOCALIZADO NA RUA ANTÔNIO SÉTIMO CHELOTI, Nº 250, PQ. VAROTTI, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, SOMANDO UM TOTAL DE 24 ATENDIMENTOS.
- POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO, LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, Nº 430, CEP 13652-032, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 65 ATENDIMENTOS

CONTRATO DE GESTÃO: 89/2024

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:

CNPJ: 56.147.245/0001-09
EMPRESA: RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SERVIÇOS MÉDICOS

BANCO: SICOOB CÓD: 756
AG: 43761 C/C: 68771-5
PIX: 56147245000109

SERVIÇOS PRESTADOS PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3º, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 12.819,90

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,1000	12.819,90	0,00	269,22	269,22

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 12.550,68

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SERVIÇOS MÉDICOS CNPJ: 56.147.245/0001-09

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **25** emitida em **11/11/2024** às **09:28:01 -** Cód Verif **1158-2493-2545**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **12.819,90** Valor Líquido R$ **12.550,68**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1104-5 - SANTA RITA DO P. QUATRO
CONTA: 967-1

FAVORECIDO: IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VAC
CPF/CNPJ: 05.684.468/0001-66
VALOR: R$ 11.965,87
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111907
AUTENTICACAO SISBB: 0.BE7.C08.AC1.C6E.AB6

PM DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e

2671

Código de Verificação de Autenticidade

AVC72NH2X

Data e Hora de Emissão da NFS-e

11/11/2024 às 10:40:40

Chave de Acesso

13209357IHD91GIE6006T5BB2MNBS7KS

Para certificação da autenticidade acesse https://www.prefsrpq.com.br:8443/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				11/11/2024

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
2 - Não	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**04 - Fixo**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
05.684.468/0001-66		**08610-0/04**	**012371**	IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINACAO LTDA

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA RUA MARECHAL DEODORO, 01410		

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
13670-000	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**0035824724**	**imunoclinpf@gmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0021-56			**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
Rua Jovino Martins da Silva, 260		**Jardim São Carlos**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
13650-254	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**	**3546306**		**contato@agnodike.com.br**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	DR. ALEXANDRE ANDREGHETTO SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE SOBREAVISO EM PEDIATRIA, DE 01\10\24 À 31\10\24, NO PAI, RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 192 - JD. SÃO CARLOS - CEP 13650-254 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS\SP CONTRATO DE GESTÃO 89\2024 DADOS PARA PAGAMENTO: BANCO 104 - CEF AGENCIA 1104 C\C 967-1 IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINAÇÃO LTDA CNPJ: 05.684.468\0001-66 (PIX)	12.750,00	R$ 12.750,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003:	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
04.03					
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	**0,00%**	**0000040000003**			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 12.750,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 12.750,00**	**R$ 0,00**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS (12.750,00 x 0,65%)	COFINS (12.750,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (12.750,00 x 1,50%)	CSLL (12.750,00 x 1,00%)	Outras Retenções
R$ 82,88	**R$ 382,50**	**R$ 0,00**	**R$ 191,25**	**R$ 127,50**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 11.965,87

Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R$0,00 Estadual (0,00%) R$0,00 Municipal (0,00%) R$0,00

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINACAO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2671** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **AVC72NH2X**.

Data	CPF/RG	Assinatura
_____/_____/_____	_____	_____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1104-5 - SANTA RITA DO P. QUATRO
CONTA: 967-1

FAVORECIDO: IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VAC
CPF/CNPJ: 05.684.468/0001-66
VALOR: R$ 5.896,21
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111908
AUTENTICACAO SISBB: 2.B0F.285.478.A07.2A5

PM DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
2672

Código de Verificação de Autenticidade
BO2RJ4E4K

Data e Hora de Emissão da NFS-e
11/11/2024 às 10:51:12

Chave de Acesso
1320944FYM1C14D4YSLAFDHOFST68H4L

Para certificação da autenticidade acesse https://www.prefsrpq.com.br:8443/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				11/11/2024

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
2 - Não	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**04 - Fixo**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
05.684.468/0001-66		**08610-0/04**	**012371**	IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINACAO LTDA

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA RUA MARECHAL DEODORO, 01410		

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
13670-000	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**0035824724**	**imunoclinpf@gmail.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0021-56			**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
Rua Jovino Martins da Silva, 260		**Jardim São Carlos**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
13650-254	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**	**3546306**		**contato@agnodike.com.br**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	DR. ALEXANDRE ANDREGHETTO SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE PEDIATRIA, DE 01\10\24 À 31\10\24, SENDO 38 ATENDIMENTOS NA UBS DR. MENDES, RUA NICOLA SARPA, 207 - JD. DAS PALMEIRAS - CEP 13650-000 E 110 ATENDIMENTOS NO POSTO PREF. AGOSTINHO N. DEPERON, RUA ANTÔNIO S. CHELOTI, 250 - PQ. VAROTTI, MESMO CEP (TOTAL DE 148 ATENDIMENTOS\MÊS) CONTRATO DE GESTÃO 89\2024 DADOS PAGAMENTO: IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINAÇÃO LTDA CNPJ 05.684.486\0001-66 (PIX) BANCO 104 - CEF AGÊNCIA 1104 C\C 967-1	6.282,60	R$ 6.282,60

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: **04.03**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, am...	**0,00%**	**0000040000003**			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 6.282,60	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 6.282,60**	**R$ 0,00**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS (6.282,60 x 0,65%)	COFINS (6.282,60 x 3,00%)	INSS	IRRF (6.282,60 x 1,50%)	CSLL (6.282,60 x 1,00%)	Outras Retenções
R$ 40,84	**R$ 188,48**	**R$ 0,00**	**R$ 94,24**	**R$ 62,83**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 5.896,21

Val. Aprox. Tributos: Federal (0,00%) R$0,00 Estadual (0,00%) R$0,00 Municipal (0,00%) R$0,00

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINACAO LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2672** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **BO2RJ4E4K**.

Data	CPF/RG	Assinatura
_____/_____/_____	_____	_____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5032-6 - SICOOB MANTIQUEIRA
CONTA: 14.118-6

FAVORECIDO: ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA
CPF/CNPJ: 16.677.648/0001-37
VALOR: R$ 2.390,35
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111909
AUTENTICACAO SISBB: B.099.5EF.D68.E5E.4D5

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
SECRETARIA DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

Código de Verificação
2208798FCP

Nº Nota
301
Serie 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
08/11/2024 - 16:11:11
Competência
11/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA**
CNPJ/CPF: **16.677.648/0001-37** | Insc. Municipal: **9639** | Insc. Estadual:
Endereço: **RUA LUIZ GAMA, 668**
Complemento: **SALA 01** | Bairro: **CENTRO** | CEP: **13.660-047**
Município: **PORTO FERREIRA** | UF: **SP** | País: **BRASIL**
E-mail: ***** | Telefone:
Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** | Insc. Municipal: | Insc. Estadual:
Endereço: **R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260**
Complemento: **Não Informado** | Bairro: **JARDIM SAO CARLOS** | CEP: **13.650-254**
Município: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** | UF: **SP** | País: **BRASIL**
E-mail: | Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.

Discriminação excedeu espaço de caracteres, por favor verificar a discriminação em anexo

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos tributos 14,33%

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.547,00

Local de Prestação: **PORTO FERREIRA** - **SP** | Local de Incidência: **PORTO FERREIRA**

Código do Serviço:
Ativ. Serviço: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Valor do INSS Retido (R$)	Valor do IRRF Retido (R$)	Valor do CSLL Retido (R$)	Valor do PIS Retido (R$)	Valor do COFINS Retido (R$)
0,00	**38,21**	**25,47**	**16,56**	**76,41**

Vlr Deduções (R$)	Outras Retenções (R$)	Base de Cálculo do ISS (R$)	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Valor Líquido da Nota (R$)
	0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**2.390,35**

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Retenção de ISS não permitida. Empresa do regime tributário FIXO ANUAL.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: https://portoferreira.presconinformatica.com.br/ RECEBEMOS DO(A) ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação:
2208798FCP

Número da Nota:
301

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
SECRETARIA DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

Código de Verificação
2208798FCP

Nº Nota
301
Serie 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
08/11/2024 - 16:11:11
Competência
11/2024

ANEXO DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE OBSTETRÍCIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024, SENDO:
- UMI - UNIDADE MATERNA E INFANTIL PREF. M. M. RAMOS, LOCALIZADA NA RUA CAMPOS SALES, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 52 ATENDIMENTOS.

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR TOTAL BRUTO R$ 2.547,00

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 16.677.648/0001-37
EMPRESA: ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA

BANCO: Sicoob - Cód. 756
AGÊNCIA: 5032
C/C: 14.118-6
PIX: 16.677.648/0001-37

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5032-6 - SICOOB MANTIQUEIRA
CONTA: 14.118-6

FAVORECIDO: ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA
CPF/CNPJ: 16.677.648/0001-37
VALOR: R$ 43.478,83
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111910
AUTENTICACAO SISBB: D.A20.807.E03.7AE.16E

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
SECRETARIA DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

Código de Verificação
22087997UM

Nº Nota
302
Serie 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
08/11/2024 - 16:15:30
Competência
11/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA**
CNPJ/CPF: **16.677.648/0001-37** | Insc. Municipal: **9639** | Insc. Estadual:
Endereço: **RUA LUIZ GAMA, 668**
Complemento: **SALA 01** | Bairro: **CENTRO** | CEP: **13.660-047**
Município: **PORTO FERREIRA** | UF: **SP** | País: **BRASIL**
E-mail: ***** | Telefone:
Site:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0021-56** | Insc. Municipal: | Insc. Estadual:
Endereço: **R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260**
Complemento: **Não Informado** | Bairro: **JARDIM SAO CARLOS** | CEP: **13.650-254**
Município: **SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS** | UF: **SP** | País: **BRASIL**
E-mail: | Telefone:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS.

Discriminação excedeu espaço de caracteres, por favor verificar a discriminação em anexo

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos tributos 14,33%

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 46.328,00

Local de Prestação: **PORTO FERREIRA** - **SP** | Local de Incidência: **PORTO FERREIRA**

Código do Serviço:
Ativ. Serviço: 4.01 - Medicina e biomedicina.

Valor do INSS Retido (R$)	Valor do IRRF Retido (R$)	Valor do CSLL Retido (R$)	Valor do PIS Retido (R$)	Valor do COFINS Retido (R$)
0,00	**694,92**	**463,28**	**301,13**	**1.389,84**

Vlr Deduções (R$)	Outras Retenções (R$)	Base de Cálculo do ISS (R$)	Alíquota	Valor do ISS (R$)	Valor Líquido da Nota (R$)
	0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**43.478,83**

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Retenção de ISS não permitida. Empresa do regime tributário FIXO ANUAL.

A autenticação da NFS-e pode ser confirmada no Site: https://portoferreira.presconinformatica.com.br/ RECEBEMOS DO(A) ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES NA NFS-e

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação:
22087997UM

Número da Nota:
302

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
SECRETARIA DE FAZENDA E PLANEJAMENTO

Código de Verificação
22087997UM

Nº Nota
302
Serie 2
Nº RPS:
-
Data de Emissão
08/11/2024 - 16:15:30
Competência
11/2024

ANEXO DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE (SOBREAVISO E COORDENAÇÃO GINECOLOGIA), DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024, NO POSTO DE ATENDIMENTO IMEDIATO – PAI, LOCALIZADO NA RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, Nº 192, JD SÃO CARLOS, CEP 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, SENDO O SOBREAVISO 390 HORAS E A COORDENAÇÃO 40 HORAS SEMANAIS REALIZADAS NO MÊS DE OUTUBRO.

Coordenação: R$ 28.453,00
Sobreaviso: R$ 17.875,00

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR TOTAL BRUTO R$ 46.328,00
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 16.677.648/0001-37
EMPRESA: ALB GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA

BANCO: Sicoob - Cód. 756
AGÊNCIA: 5032
C/C: 14.118-6
PIX: 16.677.648/0001-37

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115, PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0148-1 - MOGI DAS CRUZES - CTO
CONTA: 162.497-0

FAVORECIDO: ARS PUERI SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 66.661.281/0001-31
VALOR: R$ 12.763,60
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111911
AUTENTICACAO SISBB: 3.EE5.83E.62D.039.3CF

PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES

08780-900 - AV VER NARCISO YAGUE GUIMARAES - CENTRO CIVICO - MOGI DAS CRUZES - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota	Data Emissão:	Chave:
	1309	08/11/2024	WNTT-AEFB

ARS PUERI SERVICOS MEDICOS LTDA

R MANOEL PIMENTA DE ABREU, 116 APTO 112-B - CENTRO
MOGI DAS CRUZES - SP - CEP: 08710-640

CNPJ/CPF:66661281000131 Inscr. Estadual/RG:

Email: magini@uol.com.br

Telefone: 039367470 CCM 52368 Inscr. Munícipal: 052.368-2

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 11/2024

Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

Dados do Tomador de Serviço

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Rua Jovino Martins da Silva, 260

Jardim são Carlos - Santa Cruz das Palmeiras - SP - Brasil - CEP: 13.650.254

CNPJ/CPF: 45.349.461/0021-56 Inscrição Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF: Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:

- - - - CEP:

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor	Valor Total
1		Serviços Médicos na Especialidade de Sobreaviso Durante o período de 01/10/2024 ate 31/10/2024 no Posto de Atendimento Imediato Pai Localizado na Rua Jovino Martins da Silva São Carlos, CEP 13650.254 Santa Cruz das Palmeiras - Contrato de Gestão Nº 89/2024 Valor Bruto R$ 13,600,00 Dados Bancários para Pagamento CNPJ 66.661.281 /0001-31 Empresa Ars Pueri Serviços Médicos Ltda Banco Bradesco cód 237 AG 0148 CC 0162497-0 Pix 66.661.281 /0001-31 Serviços Prestados pelos Próprio Sócios no Exercicio da Profissão Regulamentada por Legislação Federal, Isenta Retenção de INSS na Prestação do Serviços previsto no artigo 115 Paragrafo 3º ,inciso II e III da IN/RFB N 2110/2022.	13.600,00	13.600,00

Observação:

Total dos Serviços		13.600,00
Total de Deduções		0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%	408,00
Desc. Incondicionado		0,00
Desc. Condicionado		0,00

Total da Nota	RETENÇÕES							Total Liquido
	ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	OUTROS	
13.600,00	0,00	204,00	88,40	408,00	136,00	0,00	0,00	12.763,60

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0148-1 - MOGI DAS CRUZES - CTO
CONTA: 162.497-0

FAVORECIDO: ARS PUERI SERVICOS MEDICOS LTDA
CPF/CNPJ: 66.661.281/0001-31
VALOR: R$ 5.338,48
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111912
AUTENTICACAO SISBB: 0.0AF.99C.168.502.710

PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES

08780-900 - AV VER NARCISO YAGUE GUIMARAES - CENTRO CIVICO - MOGI DAS CRUZES - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número RPS:	Número Nota	Data Emissão:	Chave:
	1310	08/11/2024	DZBQ-KDXD

ARS PUERI SERVICOS MEDICOS LTDA

R MANOEL PIMENTA DE ABREU, 116 APTO 112-B - CENTRO
MOGI DAS CRUZES - SP - CEP: 08710-640

CNPJ/CPF:66661281000131 Inscr. Estadual/RG:

Email: magini@uol.com.br

Telefone: 039367470 CCM 52368 Inscr. Munícipal: 052.368-2

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

Natureza Operação: Prestação de Serviços Competência: 11/2024

Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

Dados do Tomador de Serviço

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Rua Jovino Martins da Silva, 260

Jardim são Carlos - Santa Cruz das Palmeiras - SP - Brasil - CEP: 13.650.254

CNPJ/CPF: 45.349.461/0021-56 Inscrição Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF: Inscrição Estadual/RG: Inscrição Municipal:

- - - - CEP:

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor	Valor Total
1		Serviços Médicos na especialidade de Pediatria Durante o Período de 01/10/2024 ate 31/10/24 sendo U>B>S Dr .Mendes Localizado na Rua Nicola Sarpa nº 207,Jd das Plameiras , CEP 13650-000, Santa Cruz das Palmeiras SP Totalizando 90 Atendimentos Posto Prefeito Agostinho Nino Deperon, Localizado Na rua Antonio Sétimo Cheloti Nº 250 ,PQ Varotti , CEP 1236-000 Santa Cruz das Palmeiras SP , Totalizando 44 Atendimentos Total 134 Atendimentos no Mês de Setembro Contrato de Gestão nº 89/2024 Valor Bruto R$ 5,688,30 Dados Bancários Para Pagamento .CNPJ 66.661.281/ 0001-31 Empresa Ars Pueri Serviços Médicos Ltda Banco: Bradesco Cód 237 AG 0148 CC 01624970 PIX; 66.661.281/0001-31 Serviços Prestados pelos Próprio Sócios no Exercicio da Profissão Regulamentada por Legislação , Federal, Isenta de Retenção de INSS na Prestação do Serviços Previsto no artigo 115, paragrafo 3º , Inciso II e III da IN/RFB N 2110/2022	5.688,30	5.688,30

Observação:

Total dos Serviços		5.688,30
Total de Deduções		0,00
ISS SEM RETENÇÃO	3,00%	170,65
Desc. Incondicionado		0,00
Desc. Condicionado		0,00

Total da Nota	RETENÇÕES							Total Liquido
	ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	OUTROS	
5.688,30	0,00	85,32	36,97	170,65	56,88	0,00	0,00	5.338,48

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0718-8 - SICREDI MARINGA
CONTA: 63.136-2

FAVORECIDO: CAROLINA FOLINI E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 36.096.795/0001-20
VALOR: R$ 4.083,40
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111913
AUTENTICACAO SISBB: 0.AA6.2CC.6B4.F11.0AF

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**231**
Data de Emissão	**11/11/2024**
Data e Hora da Competência	**11/11/2024 às 09:51:42**
Código de Verificação	8845-5449-1735

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	36.096.795/0001-20	**Cód. Mobiliário**	11660	**Insc. Mun.**	11660
Nome	CAROLINA FOLINI				
Logradouro	RUA-FERRUCIO DE FIORI			**Número**	26
Bairro	JARDIM SAO CARLOS			**CEP**	13650-232
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
1	SERVIÇOS PRESTADOS	4.083,4000	1,00	4.083,40

Valor Total dos Serviços - R$4.083,40

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES DE CLÍNICA GERAL DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE:
- POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, N°430, VILA GUILHERME ZANATA, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SPTOTALIZANDO 28 ATENDIMENTOS.
- CENTRO DE SAÚDE III “AFONSO LUZZI” LOCALIZADA NA AV. XV DE NOVEMBRO, N°872, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, SENDO REALIZADO 10 PEQUENAS CIRURGIAS.

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.083,40

Atividade
04.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,0100	4.083,40	0,00	0,00	82,08

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 4.083,40

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CAROLINA FOLINI CNPJ: 36.096.795/0001-20

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **231** emitida em **11/11/2024** às **09:51:42 -** Cód Verif **8845-5449-1735**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **4.083,40** Valor Líquido R$ **4.083,40**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 578.275.448-2

FAVORECIDO: J. C. M. M. CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 12.442.784/0001-97
VALOR: R$ 27.293,31
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111914
AUTENTICACAO SISBB: 9.664.530.C9F.A46.8F8

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1106

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 14:00:05

Código de Verificação
1600-1158-9130

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	12.442.784/0001-97	**Cód. Mobiliário**	4869	**Insc. Mun.**	4869
Nome	J.C.M.M. CLINICA MEDICA LTDA				
Logradouro	RUA-CAMPOS SALLES			**Número**	890
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-043
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
6	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS	30.042,1500	1,00	30.042,15

Valor Total dos Serviços - R$30.042,15

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NAS ESPECIALIDADES DE CLÍNICO GERAL, MÉDICO REGULADOR E DERMATOLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES:
/>
- CENTRO DE SAÚDE III “AFONSO LUZZI” LOCALIZADA NA AV. XV DE NOVEMBRO, N°872, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP. SOMANDO UM TOTAL DE 606 ATENDIMENTOS
- POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, N°430, VILA GUILHERME ZANATA, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SPTOTALIZANDO 32 ATENDIMENTOS.

/>

CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 30.042,15
DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 12.442.784/0001-97
EMPRESA: J.C.M.M CLINICA MEDICA LTDA
BANCO: Caixa- Cód. 104
AGÊNCIA: 1198
C/C: 801-5
PIX: 12.442.784/0001-97

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
195,27	901,26		450,63	300,42		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 30.042,15

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	30.042,15	0,00	2.748,84	901,26

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 27.293,31

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: J.C.M.M. CLINICA MEDICA LTDA CNPJ: 12.442.784/0001-97

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1106** emitida em **08/11/2024** às **14:00:05 -** Cód Verif **1600-1158-9130**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **30.042,15** Valor Líquido R$ **27.293,31**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 514-8

FAVORECIDO: CLINICA JEM MARANGON LTDA
CPF/CNPJ: 05.400.789/0001-91
VALOR: R$ 13.656,67
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111915
AUTENTICACAO SISBB: 5.556.115.A0E.BC7.352

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1305

Data de Emissão
11/11/2024

Data e Hora da Competência
11/11/2024 às 12:29:32

Código de Verificação
7836-1777-8273

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	05.400.789/0001-91	**Cód. Mobiliário**	618	**Insc. Mun.**	618
Nome	CLINICA JEM MARANGON LTDA				
Logradouro	RUA-DR. ALCEBIADES			**Número**	152
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-049
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
132	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS	14.551,6000	1,00	14.551,60

Valor Total dos Serviços - R$14.551,60

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços médicos na especialidade de Ginecologia e Ultrassonografia durante o período de 01/10/2024 a 31/10/2024 na atenção básica UMI - Unidade Materna e Infantil Pref. M. M. Ramos, localizada na Rua Campos Sales, Centro, CEP 13650-000, Santa Cruz das Palmeiras, sendo 114 Atendimentos e 138 Exames de Ultrasom
Contrato de Gestão n. 89/2024.
Valor bruto - R$ 14.551,60

Dados bancários para pagamento:

CNPJ: 05.400.789/0001-91
Empresa: Clinica JEM Marangon Ltda

Caixa Economica Federal - 104
Agência - 1198
C/C - 00300514-8
PIX: 05400789000191

Serviços prestados pelos próprios sócios no exercício da profissão regulamentada por legislação federal, isenta de retenção do INSS na prestação do serviço, conforme previsto no Art 115, Parágrafo 3º, Inciso II e III da IN/RFB n. 2110/2022.

style='margin: 0px;'>

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
94,59	436,55		218,27	145,52		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 14.551,60

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Normal	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	14.551,60	0,00	894,93	436,55

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 13.656,67

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CLINICA JEM MARANGON LTDA CNPJ: 05.400.789/0001-91

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1305** emitida em **11/11/2024** às **12:29:32 -** Cód Verif **7836-1777-8273**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **14.551,60** Valor Líquido R$ **13.656,67**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 4376-1 - SICOOB CREDICUCAR
CONTA: 67.377-3

FAVORECIDO: MARCELO BENINI BEZZAN E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 05.400.846/0001-32
VALOR: R$ 5.438,51
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111916
AUTENTICACAO SISBB: 2.5D8.020.4AD.952.D9A

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**1817**
Data de Emissão	**08/11/2024**
Data e Hora da Competência	**08/11/2024 às 14:12:51**
Código de Verificação	9828-6727-7158

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	05.400.846/0001-32	**Cód. Mobiliário**	611	**Insc. Mun.**	611
Nome	MARCELO BENINI BEZZAN & CIA LTDA				
Logradouro	RUA-JOSE AUGUSTO MAZZOTTI			**Número**	166
Bairro	JARDIM SAO CARLOS			**CEP**	13650-246
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
332	SERVIÇOS MEDICOS HOSPITALARES	5.794,9000	1,00	5.794,90

Valor Total dos Serviços - R$5.794,90

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviços médicos nas especialidades de Cirurgia/Pequenas Cirurgias e Endoscopia durante o período de 01/10/2024 até 31/10/2024 nas unidades:
-Posto de Saúde Thereza Bortolin Altarugio na Rua Roberto Frisanco, n. 430 - Vila Guilherme Zanatta - CEP: 13650-000, Santa Cruz das palmeiras/SP, totalizando 28 atendimentos.
-Santa Casa, totalizando 10 endoscopiais.
-Centro de Saúde II "Afonso Luzzi" localizado na Av XV de Novembro, n. 872 - Centro, CEP: 13650-000, Santa Cruz das Palmeiras/SP, totalizando 10 pequenas cirurgias
Contrato de Gestão n. 89/2024
Valor bruto - R$ 5.794,90

Dados bancários para pagamento:
CNPJ: 05.400.846/0001-32
Empresa - Marcelo Benini Bezzan & Cia Ltda

SICCOB - Código 756
Agência 4376
C/C: 673773
PIX: marcelobezzan1963@gmail.com

Serviços prestado pelos próprios sócios no exercício da profissão regulamenteada por legislação federal, isenta de retenção de INSS da prestação do serviços, conf. previsto no Artigo 115,
Parágrafo 3º, Inciso II e III da IN/RFB n. 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
37,67	173,85		86,92	57,95		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.794,90

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	5.794,90	0,00	356,39	173,85

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 5.438,51

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: MARCELO BENINI BEZZAN & CIA LTDA CNPJ: 05.400.846/0001-32

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1817** emitida em **08/11/2024** às **14:12:51 -** Cód Verif **9828-6727-7158**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **5.794,90** Valor Líquido R$ **5.438,51**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.36
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0170-8 - SANTA RITA P.QUATRO
CONTA: 13.001.467-2

FAVORECIDO: EDER ZORZI FITNESS LTDA
CPF/CNPJ: 18.893.616/0001-02
VALOR: R$ 6.505,20
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111917
AUTENTICACAO SISBB: A.B6B.BB8.9C4.88B.C7A

PM DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e

89

Código de Verificação de Autenticidade

JIES1YPVM

Data e Hora de Emissão da NFS-e

12/11/2024 às 17:59:07

Chave de Acesso

1321989MENZBI7MY0CH87SHPD27WOLAW

Para certificação da autenticidade acesse https://www.prefsrpq.com.br:8443/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				12/11/2024

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
18.893.616/0001-02		**11152-0/19**	**031103**	EDER ZORZI FITNESS EIRELI

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA RUA JOAQUIM GONCALVES SIQUEIRA, 00290	**LOTE 6 Q B**	**JARDIM AMERICA**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
13670-000	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**(19) 3582-3680**	**EDERZORZI@OUTLOOK.COM**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0021-56			**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
Rua Jovino Martins da Silva, 260		**Jardim São Carlos**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
13650-254	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**	**3546306**		**contato@agnodike.com.br**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS TERAPEUTICOS DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE DE SAÚDE CAPS 18 DE MAIO, LOCALIZADO NA RUA DOM BOSCO N° 110, CENTRO, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 189 ATENDIMENTOS. CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024. DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: CNPJ: 18.893.616/0001-02 EMPRESA: EDER ZORZI FITNNES LTDA BANCO: SANTANDER- Cód. 033 AGÊNCIA: 170 C/C: 13001467-2 PIX:18.893.616/0001-02	6.505,20	R$ 6.505,20

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003:	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
04.09					
Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento físico, orgânico e mental	**2,00%**	**0000040000009**	**8650005**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 6.505,20	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 6.505,20**	**R$ 130,10**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 6.505,20

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **EDER ZORZI FITNESS EIRELI** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **89** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **JIES1YPVM**.

Data	CPF/RG	Assinatura
_____/_____/_____	_____	_____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.37
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3194-1 - SICOOB CREDIGUACU
CONTA: 9.720.643-1

FAVORECIDO: CLINICA RAMAZOTTI FISIOTERAPIA E RE
CPF/CNPJ: 04.924.496/0001-40
VALOR: R$ 6.748,00
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111918
AUTENTICACAO SISBB: 4.98E.C16.2E9.A37.87D
==========
Vem ai a BB Friday com as melhores ofertas do ano e condicoes imperdiveis em produtos e servicos pra apoiar sua empresa. Fique de olho!

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
985

Data de Emissão
05/11/2024

Data e Hora da Competência
05/11/2024 às 09:35:15

Código de Verificação
1312-5113-2593

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	04.924.496/0001-40	**Cód. Mobiliário**	364	**Insc. Mun.**	364
Nome	CLINICA RAMAZOTTI FISIOTERAPIA E REABIL.S/C LTDA				
Logradouro	RUA-SANTA CRUZ			**Número**	251
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-011
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	260
Bairro	JARDIM SAO CARLOS	**CEP**	13650-254
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento		**País**	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
123	SERVIÇOS PRESTADOS	6.748,0000	1,00	6.748,00

Valor Total dos Serviços - R$6.748,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS PRESTADOS REF. FISIOTERAPIA

Contrato de Gestão Nº 89/2024
Processo Administrativo Nº 04/2024
Chamamento Público Nº 01/2024

Dados bancários para pagamento da NF:
Sicoob Crediguacu
Agencia - 3194
C/C: 009720643-1

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 6.748,00

Atividade
04.08-TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,0100	6.748,00	0,00	0,00	135,63

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 6.748,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: CLINICA RAMAZOTTI FISIOTERAPIA E REABIL.S/C LTDA CNPJ: 04.924.496/0001-40

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **985** emitida em **05/11/2024** às **09:35:15 -** Cód Verif **1312-5113-2593**

Condições de Pagamento: Valor Total R$ **6.748,00** Valor Líquido R$ **6.748,00**

Ass: _____ em _____/_____/_____,

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.37
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3765-6 - CASA BRANCA
CONTA: 13.000.688-7

FAVORECIDO: CASA BRANCA - PRESTACAO DE SERVICO
CPF/CNPJ: 13.273.165/0001-89
VALOR: R$ 1.159,04
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111919
AUTENTICACAO SISBB: 0.35E.7C4.51A.443.248

PM DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
2492

Código de Verificação de Autenticidade
4EK72RQVM

Data e Hora de Emissão da NFS-e
11/11/2024 às 13:12:22

Chave de Acesso
1321440DGZ9V9DTUV8OVQSMVZDWNL79X

Para certificação da autenticidade acesse http://prefsrpq.com.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				11/11/2024

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
2 - Não	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**04 - Fixo**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
13.273.165/0001-89		**09558-0/11**	**018983**	CASA BRANCA - PRESTACAO DE SERVICO NA AREA DE SAUDE

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA RUA DUQUE DE CAXIAS, 00621		

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
13670-000	**SANTA RITA DO PASSA QUATRO-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0021-56			**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
Rua Jovino Martins da Silva, 260		**Jardim São Carlos**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Cod. IBGE	Telefone	E-mail
13650-254	**SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP**	**3546306**		**CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA ESPECIALIDADE VASCULAR DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NA UNIDADE DE SAÚDE: - POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO, LOCALIZADA NA RUA ROBERTO FRISANCO, N º 430, CEP 13652-032, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 19 ATENDIMENTOS CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024. VALOR BRUTO R$ 1.235,00 DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO: CNPJ: 13.273.165/0001-89 EMPRESA: CASA BRANCA - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE LTDA BANCO: SANTANDER AGÊNCIA: 3765 C/C: 13000688-7	1.235,00	R$ 1.235,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

Construção Civil

LC 116/2003: **04.01**	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Medicina e biomedicina	**0,00%**	**0000040000001**	**8630503**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 1.235,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 1.235,00**	**R$ 0,00**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS (1.235,00 x 0,65%)	COFINS (1.235,00 x 3,00%)	INSS	IRRF (1.235,00 x 1,50%)	CSLL (1.235,00 x 1,00%)	Outras Retenções
R$ 8,03	**R$ 37,05**	**R$ 0,00**	**R$ 18,53**	**R$ 12,35**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 1.159,04

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

RECEBI(EMOS) DE **CASA BRANCA - PRESTACAO DE SERVICO NA AREA DE SAUDE LTDA** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2492** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **4EK72RQVM**.

Data	CPF/RG	Assinatura
_____/_____/_____	_____	_____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.37
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 938-0

FAVORECIDO: ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR E CIA LT
CPF/CNPJ: 14.700.312/0001-12
VALOR: R$ 4.075,58
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111920
AUTENTICACAO SISBB: 2.EF4.A71.B60.6D9.988

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
2051

Data de Emissão
08/11/2024

Data e Hora da Competência
08/11/2024 às 12:25:03

Código de Verificação
1635-2518-9681

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	14.700.312/0001-12	**Cód. Mobiliário**	9991	**Insc. Mun.**	9991
Nome	ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & CIA LTDA				
Logradouro	AV.-QUINZE DE NOVEMBRO			**Número**	959
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-007
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
116	SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS	4.486,0500	1,00	4.486,05

Valor Total dos Serviços - R$4.486,05

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA DURANTE O PERÍODO DE 01/10/2024 ATÉ 31/10/2024 NAS UNIDADES:
POSTO DE SAÚDE THEREZA BORTOLIN ALTARUGIO LOCALIZADO NA RUA ROBERTO FRISANCO, N°430, VILA GUILHERME ZANATA, CEP 13650-000, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS-SP, TOTALIZANDO 99 ATENDIMENTOS.

/>
TESTE ERGOMÉTRICO (PRÓPRIO CONSULTÓDIO), TOTALIZANDO 3 EXAMES.
CONTRATO DE GESTÃO Nº 89/2024.
VALOR BRUTO R$ 4.486,05

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO:
CNPJ: 14.700.312/0001-12
EMPRESA: ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & CIA LTDA
BANCO: Caixa- Cód. 104
AGÊNCIA: 1198
C/C: 03000938-0
PIX: 14.700.312/0001-12

SERVIÇO PRESTADO PELOS PRÓPRIOS SÓCIOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO REGULAMENTADA POR LEGISLAÇÃO FEDERAL, ISENTA DE RETENÇÃO DE INSS NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 115,
PARAGRAFO 3°, INCISO II E III DA IN/RFB N 2110/2022.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
29,16	134,58		67,29	44,86		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 4.486,05

Atividade
04.01-MEDICINA E BIOMEDICINA.

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	4.486,05	0,00	410,47	134,58

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 4.075,58

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & CIA LTDA CNPJ: 14.700.312/0001-12

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **2051** emitida em **08/11/2024** às **12:25:03 -** Cód Verif **1635-2518-9681**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **4.486,05** Valor Líquido R$ **4.075,58**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.37
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3188-7 - CREDICITRUS
CONTA: 359.229-4

FAVORECIDO: SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LT
CPF/CNPJ: 28.709.037/0001-02
VALOR: R$ 3.984,00
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111921
AUTENTICACAO SISBB: C.7F3.EDB.D2B.F6F.2BA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1290

Data de Emissão
13/11/2024

Data e Hora da Competência
13/11/2024 às 11:24:17

Código de Verificação
5745-8409-8141

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	28.709.037/0001-02	**Cód. Mobiliário**	11154	**Insc. Mun.**	11154
Nome	SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA			**RG/IE**	611027648111
Logradouro	RUA-CAMPOS SALLES			**Número**	548
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-007
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones (19) 3672-4084

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
5	SERVIÇO PRESTADO COM FISIOTERAPIA	3.984,0000	1,00	3.984,00

Valor Total dos Serviços - R$3.984,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Processo administrativo 04/2024
Contrato de Gestão 89/2024
Chamamento Público 01/2024
C/C 359229-4 Ag 3188

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.984,00

Atividade
04.08-TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,6700	3.984,00	0,00	0,00	106,37

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 3.984,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA CNPJ: 28.709.037/0001-02

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1290** emitida em **13/11/2024** às **11:24:17 -** Cód Verif **5745-8409-8141**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **3.984,00** Valor Líquido R$ **3.984,00**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de novembro de 2024.

Ofício nº 184/2024.
Assunto: Faturamento 10/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago às clínicas de Fisioterapia, referente ao atendimento em sessões de fisioterapia conforme planilhas anexas. Este pagamento é referente ao **mês de outubro/2024 (faturamento novembro/2024),** referente **período 01/10/2024 à 31/10/2024.**

CLINICA SÓ SAÚDE
SUS: R$ 3.984,00 (Três mil novecentos e oitenta e quatro reais).

CLÍNICA SÓ SAÚDE - DOMICILIAR
SUS: R$ 5.070,80 (Cinco mil setenta reais e oitenta centavos).

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de novembro de 2024.

Ofício nº 184/2024.
Assunto: Faturamento 10/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago às clínicas de Fisioterapia, referente ao atendimento em sessões de fisioterapia conforme planilhas anexas. Este pagamento é referente ao **mês de outubro/2024 (faturamento novembro/2024),** referente **período 01/10/2024 à 31/10/2024.**

CLINICA SÓ SAÚDE
SUS: R$ 3.984,00 (Três mil novecentos e oitenta e quatro reais).

CLÍNICA SÓ SAÚDE - DOMICILIAR
SUS: R$ 5.070,80 (Cinco mil setenta reais e oitenta centavos).

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

Fisioterapia SO Saúde - Eliana Dupas Deperon

3703754

Período 01/10/2024 a 31/10/2024.
FATURAMENTO MÊS 10/2024 - PGTO MÊS DE NOVEMBRO DE 2024.

OFÍCIO Nº 184/2024.

BPA *INDIVIDUALIZADO*			10/24		10/24	
			produção apresentada		produção auditada	
CÓDIGO	DESCRIÇAO (TABELA UNIFICADA)	Valor Unit.	QTD	VALOR	QTD	VALOR
03.02.01.002-5	ATEND.FISIOT. PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLOGICAS	R$ 30,50	20	610,00	20	610,00
03.02.05.002-7	ATEND.FISIOT. NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R$ 9,64	340	3.277,60	340	3.277,60
03.02.06.003-0	ATEND. FISIOT. NAS ALTERAÇÕES NEURO MOTOR	R$ 9,64	10	96,40	10	96,40
TOTAL			370	3.684,00	370	3.984,00

R$ 3.984,00

Fisioterapia Só Saúde - Eliana Dupas Deperon
3703754
FISIOTERAPIA-DOMICILIAR - PERÍODO 01/10/2024 a 31/10/2024.

BPA INDIVIDUALIZADO - OF. Nº 184/2024

FATURAMENTO MÊS - 10/2024 - PGTO EM NOVEMBRO/2024.			10/24 produção apresentada		10/24 produção auditada	
CÓDIGO	DESCRIÇAO (TABELA UNIFICADA)	Valor Unit.	QTD	VALOR	QTD	VALOR
03.02.05.002-7	ATEND.FISIOT. NAS ALTERAÇÕES MOTORAS DOMICILIAR	R$ 36,22	140	5.070,80	140	5.070,80
	TOTAL		140	5.070,80	140	5.070,80

R$ 5.070,80

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.37
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3188-7 - CREDICITRUS
CONTA: 359.229-4

FAVORECIDO: SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LT
CPF/CNPJ: 28.709.037/0001-02
VALOR: R$ 5.070,80
DEBITO EM: 19/11/2024
==========
DOCUMENTO: 111922
AUTENTICACAO SISBB: 9.DCB.19E.B26.928.3F3

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1291

Data de Emissão
13/11/2024

Data e Hora da Competência
13/11/2024 às 11:26:12

Código de Verificação
2824-2951-9724

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	28.709.037/0001-02	**Cód. Mobiliário**	11154	**Insc. Mun.**	11154
Nome	SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA			**RG/IE**	611027648111
Logradouro	RUA-CAMPOS SALLES			**Número**	548
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-007
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação	Optante do Simples Nacional
Telefones	(19) 3672-4084
E-Mail's	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
5	SERVIÇO PRESTADO COM FISIOTERAPIA	5.070,8000	1,00	5.070,80

Valor Total dos Serviços - R$5.070,80

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Processo administrativo 04/2024
Contrato de Gestão 89/2024
Chamamento Público 01/2024
C/C 359229-4 Ag 3188

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 5.070,80

Atividade
04.08-TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,6700	5.070,80	0,00	0,00	135,39

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 5.070,80

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA CNPJ: 28.709.037/0001-02

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1291** emitida em **13/11/2024** às **11:26:12 -** Cód Verif **2824-2951-9724**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **5.070,80** Valor Líquido R$ **5.070,80**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de novembro de 2024.

Ofício nº 184/2024.
Assunto: Faturamento 10/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago às clínicas de Fisioterapia, referente ao atendimento em sessões de fisioterapia conforme planilhas anexas. Este pagamento é referente ao **mês de outubro/2024 (faturamento novembro/2024),** referente **período 01/10/2024 à 31/10/2024.**

CLINICA SÓ SAÚDE
SUS: R$ 3.984,00 (Três mil novecentos e oitenta e quatro reais).

CLÍNICA SÓ SAÚDE - DOMICILIAR
SUS: R$ 5.070,80 (Cinco mil setenta reais e oitenta centavos).

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

Santa Cruz das Palmeiras, 04 de novembro de 2024.

Ofício nº 184/2024.
Assunto: Faturamento 10/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago às clínicas de Fisioterapia, referente ao atendimento em sessões de fisioterapia conforme planilhas anexas. Este pagamento é referente ao **mês de outubro/2024 (faturamento novembro/2024),** referente **período 01/10/2024 à 31/10/2024.**

CLINICA SÓ SAÚDE
SUS: R$ 3.984,00 (Três mil novecentos e oitenta e quatro reais).

CLÍNICA SÓ SAÚDE - DOMICILIAR
SUS: R$ 5.070,80 (Cinco mil setenta reais e oitenta centavos).

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

Fisioterapia SO Saúde - Eliana Dupas Deperon

3703754

Período 01/10/2024 a 31/10/2024.
FATURAMENTO MÊS 10/2024 - PGTO MÊS DE NOVEMBRO DE 2024.

OFÍCIO Nº 184/2024.

BPA *INDIVIDUALIZADO*			10/24		10/24	
			produção apresentada		produção auditada	
CÓDIGO	DESCRIÇAO (TABELA UNIFICADA)	Valor Unit.	QTD	VALOR	QTD	VALOR
03.02.01.002-5	ATEND.FISIOT. PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLOGICAS	R$ 30,50	20	610,00	20	610,00
03.02.05.002-7	ATEND.FISIOT. NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R$ 9,64	340	3.277,60	340	3.277,60
03.02.06.003-0	ATEND. FISIOT. NAS ALTERAÇÕES NEURO MOTOR	R$ 9,64	10	96,40	10	96,40
TOTAL			370	3.684,00	370	3.984,00

R$ 3.984,00

Fisioterapia Só Saúde - Eliana Dupas Deperon
3703754
FISIOTERAPIA-DOMICILIAR - PERÍODO 01/10/2024 a 31/10/2024.

BPA INDIVIDUALIZADO - OF. Nº 184/2024

FATURAMENTO MÊS - 10/2024 - PGTO EM NOVEMBRO/2024.			10/24 produção apresentada		10/24 produção auditada	
CÓDIGO	DESCRIÇAO (TABELA UNIFICADA)	Valor Unit.	QTD	VALOR	QTD	VALOR
03.02.05.002-7	ATEND.FISIOT. NAS ALTERAÇÕES MOTORAS DOMICILIAR	R$ 36,22	140	5.070,80	140	5.070,80
	TOTAL		140	5.070,80	140	5.070,80

R$ 5.070,80

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.45.37
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202411191642592278912 12
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$2.639,96
TARIFA: R$0,00
DATA: 19/11/2024 - 15:58:09
COD PRODUTO: f5987fab1eb7458b81cf98c329eb2485
DEVEDOR: CIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ DO DEVEDOR: 45.***.***/****-02

PAGO PARA: Caixa Economica Federal
CNPJ: 360.305/0001-04
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 19/11/2024 - 15:58:10

==========

DOCUMENTO: 111923
AUTENTICACAO SISBB: 3.1E7.C52.6B3.F98.822

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
45.349.461	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124111738420718-3	17/11/2024 17:54

Pagar este documento até
21/11/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
2.639,96

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
11/2024	1	0,00	1.332,36	1.307,60	0,00	2.639,96
Total Geral:		**0,00**	**1.332,36**	**1.307,60**	**0,00**	**2.639,96**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Data de geração da Guia: 17/11/2024 às 17:54:39 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/4d31b03e165d4dff84960853bbcb089a52040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304C316

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/4d31b03e165d4dff84960853bbcb089a

Consultas - Emissão de comprovantes

G3382614395305751
26/11/2024 14:44:23

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.44.23
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.470-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0554-1 - GUARULHOS VILA GALVAO
CONTA:      20.750-6

FAVORECIDO:  INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVI
CPF/CNPJ: 28.070.436/0001-76
VALOR: R$                                7.884,60
DEBITO EM: 21/11/2024
================================================
DOCUMENTO: 112101
AUTENTICACAO SISBB:        5.E06.1E0.259.FAD.C8F
```

Recebemos de Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli (Integral Nuttri) os produtos e/ou serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. Destinatário: Associacao Hospitalar Beniciente do Brasil Sta Cruz das Pal. Valor total: 7.884,60

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 4868
Série 1
Emissão 05/11/2024

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

TIPO: **1-SAÍDA**
Nº: **4868**
SÉRIE: **1**
FOLHA: **1/2**

Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli

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

CHAVE DE ACESSO
3524 1128 0704 3600 0176 5500 1000 0048 6810 5691 4306

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
135242510547046 05/11/2024 12:56:06

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

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
Associacao Hospitalar Beniciente do Brasil Sta Cruz das Pal			45.349.461/0021-56	05/11/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA**
R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260	JARDIM SAO CARLOS		13.650-254	05/11/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Santa Cruz das Palmeiras	19994047482	SP		12:55:55

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	15/11/2024	7.884,60						

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	7.884,60

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	7.884,60

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	
900				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
4146	DESJEJUM - PACIENTES (Insumos) - geral Valor dos Impostos: R$ 14,13	21069090	090	5101	Un	90,0000	4,3000	387,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4147	DESJEJUM - PACIENTES (Insumos) leve-pastosa Valor dos Impostos: R$ 4,04	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,6900	110,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4148	DESJEJUM - PACIENTES (Insumos) - liquida Valor dos Impostos: R$ 3,28	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,0000	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4149	LANCHE - PACIENTES (Insumos) - geral Valor dos Impostos: R$ 13,76	21069090	090	5101	Un	90,0000	4,1900	377,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4150	LANCHE - PACIENTES (Insumos) - leve/pastosa Valor dos Impostos: R$ 4,10	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,7400	112,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4151	LANCHE - PACIENTES (Insumos) - liquida Valor dos Impostos: R$ 3,80	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,4700	104,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4152	CEIA - PACIENTES (Insumos) - geral Valor dos Impostos: R$ 12,78	21069090	090	5101	Un	90,0000	3,8900	350,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4153	CEIA - PACIENTES (Insumos) - leve/pastosa Valor dos Impostos: R$ 4,03	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,6800	110,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4154	CEIA - PACIENTES (Insumos) - liquida Valor dos Impostos: R$ 3,74	21069090	090	5101	Un	30,0000	3,4200	102,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4155	ALMOCO - PACIENTES (Congelada) - geral Valor dos Impostos: R$ 62,42	21069090	090	5101	Un	90,0000	19,0000	1.710,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4156	ALMOCO - PACIENTES (Congelada) LEVE/PASTOSA Valor dos Impostos: R$ 20,08	21069090	090	5101	Un	30,0000	18,3400	550,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4157	ALMOCO - PACIENTES (Congelada) - LIQUIDA Valor dos Impostos: R$ 18,61	21069090	090	5101	Un	30,0000	17,0000	510,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4158	JANTAR - PACIENTES (Congelada) - GERAL Valor dos Impostos: R$ 62,42	21069090	090	5101	Un	90,0000	19,0000	1.710,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4159	JANTAR - PACIENTES (Congelada) LEVE/PASTOSA Valor dos Impostos: R$ 20,08	21069090	090	5101	Un	30,0000	18,3400	550,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4160	JANTAR - PACIENTES (Congelada) LIQUIDA Valor dos Impostos: R$ 18,61	21069090	090	5101	Un	30,0000	17,0000	510,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
Valor Aproximado dos Tributos: R$ 287,78. Fonte: IBPT BEA5CD - Faturamento referente ao periodo de 01/10/2024 ate 31/10/2024 Trib. aprox. R$: 1.065,48 Federal, 1.419,25 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br 96A549	

Integral Nuttri Alimentacao e Servicos Eireli

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

TIPO: **1-SAÍDA**
Nº: **4868**
SÉRIE: **1**
FOLHA: **2/2**

CHAVE DE ACESSO
3524 1128 0704 3600 0176 5500 1000 0048 6810 5691 4306

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO
Venda de producao do estabelecimento

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ
796602411117		28.070.436/0001-76

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135242510547046 05/11/2024 12:56:06

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
3314	Agua mineral 1.500ml Valor dos Impostos: R$ 21,90	22011000	090	5101	Un	150,0000	4,0000	600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

stone | 197-1 | 19790.00005 06998.467184 45591.906354 5 99010000788460

Local de Pagamento Pague em qualquer instituição autorizada.						**Data de Vencimento** **15/11/2024**
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 05/11/2024	**Num. do Documento** 4868		**Espécie doc**	**Aceite** N	**Data Processamento** 05/11/2024	**Carteira/Nosso Número** 06998467184559190635
Uso do Banco	**Carteira** 001	**Espécie** R$	**Quantidade Moeda**		**Valor Moeda**	**(=) Valor do Documento** R$ 7.884,60
Instruções O preenchimento e inclusão de informações é de exclusiva responsabilidade do cliente Stone. O pagamento é processado em até 1 dia útil. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.						**(-) Descontos/Abatimento** **(+) Juros/Multa** **(=) Valor Cobrado**
Nome do Pagador: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil					**CNPJ:** 45.349.461/0021-56	
Endereço:						
Sacador/Avalista:					**CNPJ/CPF:**	

stone | 197-1 | 19790.00005 06998.467184 45591.906354 5 99010000788460

Local de Pagamento Pague em qualquer instituição autorizada.						**Data de Vencimento** **15/11/2024**
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 05/11/2024	**Num. do Documento** 4868		**Espécie doc**	**Aceite** N	**Data Processamento** 05/11/2024	**Carteira/Nosso Número** 06998467184559190635
Uso do Banco	**Carteira** 001	**Espécie** R$	**Quantidade Moeda**		**Valor Moeda**	**(=) Valor do Documento** R$ 7.884,60
Instruções O preenchimento e inclusão de informações é de exclusiva responsabilidade do cliente Stone. O pagamento é processado em até 1 dia útil. NÃO pague após o vencimento. Este boleto se refere a uma proposta e seu pagamento até o vencimento significa aceitá-la. Deixar de pagar este boleto não dará causa a protesto, a cobrança judicial ou extrajudicial. Caixa: Não aceitar pagamento via cheque.						**(-) Descontos/Abatimento** **(+) Juros/Multa** **(=) Valor Cobrado**
Nome do Pagador: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil					**CNPJ:** 45.349.461/0021-56	
Endereço:						
Sacador/Avalista:					**CNPJ/CPF:**	

Autenticação Mecânica **FICHA DE COMPENSAÇÃO**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.44.24
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 4376-1 - SICOOB CREDICUCAR
CONTA: 57.981-5

FAVORECIDO: OLIVEIRA E OLIVEIRA ANALISES CLINIC
CPF/CNPJ: 05.635.231/0001-95
VALOR: R$ 8.039,31
DEBITO EM: 21/11/2024
==========
DOCUMENTO: 112102
AUTENTICACAO SISBB: 5.546.360.647.A0D.778

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**5427**
Data de Emissão	**14/11/2024**
Data e Hora da Competência	**14/11/2024 às 08:20:30**
Código de Verificação	7080-3526-7547

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ	05.635.231/0001-95	**Cód. Mobiliário**	791	**Insc. Mun.**	791
Nome	OLIVEIRA & OLIVEIRA ANALISES CLINICAS LTDA - ME				
Logradouro	AV.-QUINZE DE NOVEMBRO			**Número**	963
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-007
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
49	EXAMES LABOARTORIAIS	8.356,8700	1,00	8.356,87

Valor Total dos Serviços - R$8.356,87

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.356,87

Atividade
04.02-ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRA-SONOGRAFIA, RE

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,8000	8.356,87	0,00	317,56	317,56

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 8.039,31

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Recebi(emos) do Prestador: OLIVEIRA & OLIVEIRA ANALISES CLINICAS LTDA - ME CNPJ: 05.635.231/0001-95

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **5427** emitida em **14/11/2024** às **08:20:30 -** Cód Verif **7080-3526-7547**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **8.356,87** Valor Líquido R$ **8.039,31**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Santa Cruz das Palmeiras, 05 de novembro de 2024.

Ofício nº 186/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago aos laboratórios que nos prestam serviços, conforme produção em planilhas anexas. Este faturamento é referente ao **período de 01/10/2024 à 31/10/2024 (pagamento em novembro de 2024).**

centavos).

LABORATÓRIO LABMED
-SUS: R$ 7.63 (Sete mil seiscentos e trinta e um reais e cinquenta e cinco centavos).
-GESTANTE: R$ 529,84 (Quinhentos e vinte e nove reais e oitenta e quatro centavos).
-HOMENS: R$ 5,48 (Cinco reais e quarenta e oito centavos).
-EXAMES EXTRAS: R$ 190,00 (Cento e noventa reais).
-TOTAL A RECEBER: R$ 8.356,87 (Oito mil trezentos e cinquenta e seis reais e oitenta e sete centavos).

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

PGTO Mês de Novembro/2024 período 01/10/2024 à 31/10/2024.

Laboratorio Santa Cruz - LABMED

CODPROC	DESCRIÇÃO	VLR_UNIT	VLR_Particul	geral	R$	gestante	R$	pre n homem	R$	geral - 2	R$
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R$ 10,00	R$ 0,00	1	10,00	1	10,00		0,00		0,00
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 1,85	R$ 0,00	32	59,20		0,00		0,00		0,00
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 2,25	R$ 0,00	2	4,50		0,00		0,00		0,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 2,01	R$ 0,00	11	22,11		0,00		0,00		0,00
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1,85	R$ 0,00	11	20,35		0,00		0,00		0,00
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,51	R$ 0,00	53	186,03		0,00		0,00		0,00
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,51	R$ 0,00	35	122,85		0,00		0,00		0,00
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 1,85	R$ 0,00	54	99,90		0,00		0,00		0,00
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1,85	R$ 0,00	66	122,10		0,00		0,00		0,00
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 3,68	R$ 0,00	3	11,04		0,00		0,00		0,00
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$ 4,12	R$ 0,00	1	4,12		0,00		0,00		0,00
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,68	R$ 0,00	5	18,40		0,00		0,00		0,00
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 15,59	R$ 0,00	11	171,49		0,00		0,00		0,00
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 3,51	R$ 0,00	7	24,57		0,00		0,00		0,00
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 15,65	R$ 0,00	1	15,65		0,00		0,00		0,00
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 2,01	R$ 0,00	11	22,11		0,00		0,00		0,00
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1,85	R$ 0,00	1	1,85		0,00		0,00		0,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,51	R$ 0,00	12	42,12		0,00		0,00		0,00
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1,85	R$ 0,00	62	114,70	6	11,10		0,00		0,00
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 15,00	R$ 0,00	46	690,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 2,25	R$ 0,00	1	2,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 2,25	R$ 0,00	3	6,75		0,00		0,00		0,00
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 1,85	R$ 0,00	32	59,20		0,00		0,00		0,00
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 1,85	R$ 0,00	8	14,80		0,00		0,00		0,00
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R$ 1,85	R$ 0,00	28	51,80		0,00		0,00		0,00
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 2,01	R$ 0,00	33	66,33		0,00		0,00		0,00
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 2,01	R$ 0,00	33	66,33		0,00		0,00		0,00
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,12	R$ 12,60		0,00		0,00		0,00	1	12,60
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 3,51	R$ 0,00	51	179,01		0,00		0,00		0,00
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R$ 1,85	R$ 0,00	47	86,95		0,00		0,00		0,00
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 15,24	R$ 0,00	19	289,56		0,00		0,00		0,00
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 4,42	R$ 15,75		0,00		0,00		0,00	1	15,75
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 40,00	R$ 42,00		0,00		0,00		0,00	25	1.050,00
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ 2,73	R$ 0,00	4	10,92		0,00		0,00		0,00
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 2,73	R$ 0,00	1	2,73		0,00		0,00		0,00
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$ 2,73	R$ 0,00	7	19,11		0,00		0,00		0,00
02.02.02.008-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R$ 2,73	R$ 0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R$ 2,73	R$ 0,00	7	19,11		0,00		0,00		0,00
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	R$ 15,00	R$ 0,00	8	120,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 15,00	R$ 0,00	8	120,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$ 2,73	R$ 0,00	6	16,38		0,00		0,00		0,00
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 15,00	R$ 15,75		0,00	4	60,00		0,00		0,00
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$ 2,73	R$ 0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R$ 1,53	R$ 0,00		0,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 4,11	R$ 0,00	78	320,58	6	24,66		0,00		0,00
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$ 2,73	R$ 0,00	4	10,92		0,00		0,00		0,00
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R$ 2,73	R$ 0,00	4	10,92		0,00		0,00		0,00
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R$ 2,83	R$ 0,00	2	5,66		0,00		0,00		0,00
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R$ 9,25	R$ 0,00	2	18,50		0,00		0,00		0,00
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 20,00	R$ 21,00		0,00		0,00		0,00	6	126,00
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$ 9,25	R$ 0,00	2	18,50		0,00		0,00		0,00
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 2,83	R$ 0,00	3	8,49		0,00		0,00		0,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,00	R$ 0,00	1	10,00		0,00		0,00		0,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,00	R$ 0,00	1	10,00		0,00		0,00		0,00
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R$ 2,83	R$ 0,00	1	2,83		0,00		0,00		0,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 16,97	R$ 0,00		0,00	6	101,82		0,00		0,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 18,55	R$ 0,00		0,00	6	111,30		0,00		0,00
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$ 13,35	R$ 31,50		0,00		0,00		0,00	2	63,00
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 15,00	R$ 0,00	11	165,00		0,00		0,00		0,00
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R$ 3,04	R$ 0,00	1	3,04		0,00		0,00		0,00

02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$ 1,65	R$ 0,00	3	4,95		0,00		0,00		0,00
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$ 1,65	R$ 0,00	39	64,35	4	6,60		0,00		0,00
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$ 1,65	R$ 0,00	8	13,20		0,00		0,00		0,00
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R$ 3,70	R$ 0,00	53	196,10	5	18,50		0,00		0,00
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 2,04	R$ 0,00	3	6,12		0,00		0,00		0,00
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 10,15	R$ 0,00	3	30,45		0,00		0,00		0,00
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R$ 11,12	R$ 0,00	1	11,12		0,00		0,00		0,00
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 7,85	R$ 0,00	4	31,40		0,00		0,00		0,00
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$ 7,89	R$ 0,00	5	39,45		0,00		0,00		0,00
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 8,97	R$ 0,00	5	44,85		0,00		0,00		0,00
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 8,96	R$ 0,00	57	510,72		0,00		0,00		0,00
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R$ 10,17	R$ 15,75		0,00		0,00		0,00	1	15,75
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 10,22	R$ 0,00	1	10,22		0,00		0,00		0,00
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 10,15	R$ 0,00	2	20,30		0,00		0,00		0,00
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$ 10,43	R$ 0,00	2	20,86		0,00		0,00		0,00
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$ 13,11	R$ 0,00	2	26,22		0,00		0,00		0,00
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 8,76	R$ 0,00	2	17,52		0,00		0,00		0,00
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 11,60	R$ 0,00	38	440,80		0,00		0,00		0,00
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$ 15,65	R$ 25,00	1	15,65		0,00		0,00		0,00
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R$ 2,25	R$ 0,00	1	2,25		0,00		0,00		0,00
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 15,65	R$ 0,00	4	62,60		0,00		0,00		0,00
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R$ 4,98	R$ 0,00	10	49,80	5	24,90		0,00		0,00
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 5,62	R$ 40,00		0,00		0,00		0,00	30	1.200,00
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS	R$ 25,00	R$ 0,00		0,00	6	150,00		0,00		0,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$ 1,37	R$ 0,00		0,00	4	5,48	2	2,74		0,00
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$ 1,37	R$ 0,00		0,00	4	5,48	2	2,74		0,00
				1078	5.149,17	57	529,84	4	5,48	66	2.483,10

	Exames pagos por valores diferente da tabela SUS
	Exames que constam na tabela gestante.
	Exames pagos de forma personalizada

TOTAL FÍSICO	1.205
TOTAL FINANCEIRO - Labmed	R$ 8.167,59

Exames extras realizados neste período: 02 NS1 Dengue R$ 80,00, 01 Exame Ascórbico (Vitamica C) R$ 30,00, 02 Sorologia da Dengue R$ 80,00. Totalizando R$ 8.356,87 .

```
26/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:44:24
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
------------------------------------------------
34191090081039488014921443850009199070001092000
BENEFICIARIO:
BENEFICIOS UPS LTDA
NOME FANTASIA:
BENEFICIOS UPS LTDA
CNPJ: 17.359.884/0001-78
BENEFICIARIO FINAL:
BENEFICIOS UPS LTDA
CNPJ: 17.359.884/0001-78
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            112.103
DATA DE VENCIMENTO                    21/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     21/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                     10.920,00
VALOR COBRADO                          10.920,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.4FB.80D.BC7.247.71C
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Finanças

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS Nº 2211640 Série 1, emitido em 25/10/2024

NÚMERO NOTA	**16218**
DATA E HORA DA EMISSÃO	**25/10/2024 13:50:13**
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO	**KR6NACFZ**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF / CNPJ	**45.349.461/0001-02**	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
NOME / RAZÃO	**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**	E-MAIL	**ger.rh@ahbb.org.br**
ENDEREÇO	**Rua Jovino Martins da Silva - Jardim São Carlos - CEP: 13650254, 192**		
MUNICÍPIO	**Santa Cruz das Palmeiras**	TELEFONE	**30111234**
COMPLEMENTO			

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NOTA REFERENTE AO SERVIÇO NO FORNECIMENTO DE VALE ALIMENTAÇÃO - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
TOTAL BENEFICIOS: 10.919,00
TOTAL DO PEDIDO Nº 51246 : 10920,00

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

VALOR TOTAL DA NOTA = R$1,00

CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO

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

PIS	COFINS	IMPOSTO DE RENDA	INSS	CSLL
R$0,00	**R$0,00**	**R$0,00**	**R$0,00**	**R$0,00**

VALOR DEDUÇÃO	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	OUTRAS RENTENÇÕES
R$0,00	**R$0,00**	**R$0,00**	**R$0,00**

TOTAL LÍQUIDO DA NOTA	BASE DE CÁLCULO ISS	ALÍQUOTA ISS (%)	VALOR DO ISS	VALOR DO ISS RETIDO
R$0,00	**100,00**	**0,00%**	**R$0,00**	**R$0,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Data e Hora da Impressão: 25/10/2024 13:50:13

Up Beneficios

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

/ /
DATA

Identificação e Assinatura do Recebedor

NÚMERO NOTA
16218

Fatura

Data de Emissão: 25/10/2024
Nro.: 9716
Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - 45.349.461/0001-02

Prestador

BENEFICIOS UPS LTDA EPP — CNPJ: 17.359.884/000178
ENDEREÇO: RUA PEDRO DE TOLEDO 130, CONJ 15 — **CEP:** 04039-000
BAIRRO: VILA CLEMENTINO — **MUNICIPIO:** SÃO PAULO

Tomador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL — CNPJ: 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO: Rua Jovino Martins da Silva 50 — CEP: 13650-254
BAIRRO: Jardim São Carlos — MUNICIPIO: Santa Cruz das Palmeiras

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE ALIMENTAÇAO DO PEDIDO Nº 51246.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Alimentação -

Período de 01/10/2024 até 31/10/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R$ 10.920,00
REPASSE:	R$ 0,00
OUTRAS TAXAS:	R$ 0,00
DESCONTO GESTÃO UP:	R$ 0,00
TAXA GESTÃO UP:	R$ 0,00
TAXA DE EMISSÃO DO CARTAO:	R$ 0,00
TAXA DE ENTREGA:	R$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras:	R$ 0,00
TOTAL DA FATURA:	R$ 10.920,00

Observações:

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

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

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09008 10394.880149 21443.850009 1 99070001092000**

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP		**0142/14438-5**	**R$**		**109/00103948-8**
Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento			Valor documento
000103948	**17359884000178**	**21/11/2024**			**R$ 10.920,00**
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deducoes	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02
Rua Jovino Martins da Silva
Jardim São Carlos - 3546306/SP - CEP: 13650-254

Instrucoes — Autenticacao mecanica

Nao Receber apos o vencimento
Boleto referente ao Pedido 51246 de 01/10/2024 a 31/10/2024. Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - 45.349.461/0001-02

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09008 10394.880149 21443.850009 1 99070001092000**

Local de pagamento					Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ					**21/11/2024**
Beneficiário					Agência / Código Beneficiário
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP					**0142/14438-5**
Data do documento	No documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número
25/10/2024	**000103948**		**N**	**25/10/2024**	**109/00103948-8**
Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento
	109	**R$**			**R$ 10.920,00**

Instrucoes (Texto de responsabilidade do beneficiario)
Nao Receber apos o vencimento
Boleto referente ao Pedido 51246 de 01/10/2024 a 31/10/2024. Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - 45.349.461/0001-02

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02
Rua Jovino Martins da Silva
Jardim São Carlos - 3546306/SP - CEP: 13650-254

Cód. baixa

Sacador / Avalista — Autenticacao mecanica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

CNPJ: 45.349.461/0001-02 Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL **Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS**
Pedido: 51246 **Período: 01/10/2024 até 31/10/2024**
Total Benefícios: R$ 10.920,00

Matrícula: **Nome:** ACILEY TUANI VICHINHSK
CPF:462.583.658-17 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ALEX HENRIQUE GONCALVES
CPF:426.718.018-07 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ALICE CRISTINA GALIMBERTI BLEMBLEM
CPF:369.276.088-42 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ALINE CAMILA ROSA MALAFATTI
CPF:375.813.788-88 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ANA CLAUDIA BEZERRA DA SILVA
CPF:439.114.488-30 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total

VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ANA LAURA MARGUTTI VISENTAINER
CPF:418.647.908-90 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ANA PAULA MARQUES
CPF:168.049.138-50 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ANISIA GONCALVES DOS SANTOS
CPF:448.687.008-55 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** BIANCA LUIZA QUADRELLI
CPF:508.897.608-96 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** BRUNA MARIA DE SOUZA DENARDI
CPF:453.863.528-65 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** CAMILA BERNADOCHI
CPF:368.829.488-28 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula:
Nome: CARLOS ROBERTO TEIXEIRA
CPF:071.079.588-28
Local de Trabalho: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s)
Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula:
Nome: CAROLINE DE SOUZA JANUARIO
CPF:399.292.108-57
Local de Trabalho: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s)
Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula:
Nome: CIBELE DE SOUZA LIMA
CPF:492.203.268-17
Local de Trabalho: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s)
Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula:
Nome: CINTIA APARECIDA MENDES
CPF:351.513.648-71
Local de Trabalho: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s)
Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula:
Nome: DANIELA ANSELMO
CPF:322.272.888-76
Local de Trabalho: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s)
Departamento: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula:
Nome: DANILO DE LIMA OLIVEIRA
CPF:017.439.243-56
Local de Trabalho: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** EDSON BARBOSA DA SILVA
CPF:301.261.148-70 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** EMMANUEL RAFAEL NOGUEIRA
CPF:368.403.638-21 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** EVA ROSANGELA RODRIGUES COELHO CANDIDO
CPF:422.254.098-62 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** FERNANDA RAMOS SOSSAI
CPF:324.321.408-42 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** FLAVIA APARECIDA FERREIRA DA SILVA
CPF:440.092.538-27 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** FRANCISCO SOARES DOS SANTOS

CPF:300.190.218-36 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** JANAINA SILVA DE SOUZA
CPF:178.702.908-58 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** JESSICA MARIANO
CPF:361.762.858-36 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** JOSE WILSON MARTINS
CPF:272.944.473-49 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** JOSEFA ALEXANDRE DA SILVA
CPF:334.455.548-03 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** LAIS GOMES PACANHELA PIRES
CPF:493.205.458-04 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** LORRAINE DE OLIVEIRA DA SILVA
CPF:460.065.618-08 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** LUANA SANTANA DA SILVA FERREIRA
CPF:454.204.788-11 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** MAERCIO APARECIDO DA SILVA
CPF:123.437.728-43 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** MARCIA DO NASCIMENTO CARVALHO
CPF:009.973.246-78 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** MARCIA RENATA SANTAROSA
CPF:252.166.938-58 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** MARCIO DE OLIVEIRA GONCALVES
CPF:123.624.608-00 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** MARINA SIMOES MINIERI
CPF:430.705.598-59 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** MONICA BENTO
CPF:139.522.488-94 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** NAILSON FONSECA TEIXEIRA
CPF:067.377.925-45 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** PEDRO AUGUSTO JANUARIO
CPF:520.420.338-98 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** RAPHAEL BULHOES CORVINO
CPF:333.109.078-64 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** RAQUEL APARECIDA PEREIRA
CPF:313.893.298-36 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** REGINA LUCIA XAVIER
CPF:087.146.378-47 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** RENATO BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF:466.751.008-07 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** RIAN PIRES DA SILVA
CPF:475.599.398-99 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** RICARDO ALONSO DARONCO
CPF:168.048.938-08 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ROBERTA MARTINS BENEDITO
CPF:367.664.938-95 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** RODRIGO GERVASIO PEDRO
CPF:175.584.068-38 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** SARA SUZART DE SOUZA
CPF:364.682.208-23 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** SILVIA APARECIDA PEDRO
CPF:323.983.458-82 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** TAMIRES APARECIDA PEREIRA
CPF:392.038.808-95 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** THAIS CRISTINA ANTONIO BARZON
CPF:379.610.008-28 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** THAYNA FRANCISQUELLI ZANIN
CPF:389.660.238-19 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** UIVER EDUARDO RAMIRO GASPARIN
CPF:510.695.488-63 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** VERA LUCIA MARQUESAN
CPF:276.718.848-04 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** VICTORIA HELENA MARGUTTI MENOCCI
CPF:365.833.008-26 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ZENILDA PEREIRA DOS SANTOS
CPF:160.790.708-98 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Matrícula: **Nome:** ZUMARA RODRIGUES NOGUEIRA
CPF:354.448.778-05 **Local de Trabalho:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
Escala: GERAL 23 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Benefício	QTD	Valor Unitário	Total
VALE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 195,00	1	R$ 195,00	R$ 195,00

Total: R$ 195,00

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

Total Parcial de Benefícios: R$ 10.920,00
Taxa Administrativa: R$ 0,00
Taxa Adm. Cartão: R$ 0,00
Taxa Emissão Cartão: R$ 0,00
Outras Taxas: R$ 0,00
Taxa de Entrega: R$ 0,00
Repasse: R$ 0,00
Acertos/Pedidos Extras
Total Geral: R$ 10.920,00

Emissão: 25/10/2024 15:20

```
26/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:44:24
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
ASAAS IP S.A.
------------------------------------------------
46191110000000000002655083153019699060000045975
BENEFICIARIO:
53 312 808 RICARDO DE SOUZA
NOME FANTASIA:
53 312 808 RICARDO DE SOUZA
CNPJ: 53.312.808/0001-70
BENEFICIARIO FINAL:
53 312 808 RICARDO DE SOUZA
CNPJ: 53.312.808/0001-70
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            112.104
DATA DE VENCIMENTO                    20/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     21/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        459,75
VALOR COBRADO                             459,75
================================================
NR.AUTENTICACAO            A.112.8BD.81D.A98.81C
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

NFSe Nota Fiscal de Serviço eletrônica

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35533022253312808000170000000000002024111910372914

Número da NFS-e
20

Competência da NFS-e
15/11/2024

Data e Hora da emissão da NFS-e
15/11/2024 06:08:30

Número da DPS
2

Série da DPS
80000

Data e Hora da emissão da DPS
15/11/2024 06:08:30

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

EMITENTE DA NFS-e
Prestador do Serviço

CNPJ / CPF / NIF
53.312.808/0001-70

Inscrição Municipal
-

Telefone
(19) 9587-3059

Nome / Nome Empresarial
53.312.808 RICARDO DE SOUZA

E-mail
CONTATORICARDOSOUZA@GMAIL.COM

Endereço
VICENTE MORANDIN, 449, ALVORADA

Município
Tambaú - SP

CEP
13710-000

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
45.349.461/0021-56

Inscrição Municipal
-

Telefone
(16) 99777-4775

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail
clsato@ahbb.org.br

Endereço
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260, JARDIM SAO CARLOS

Município
Santa Cruz das Palmeiras - SP

CEP
13650-254

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
31.01.04 - Serviços técnicos em telecomunicações e congêneres.

Código de Tributação Municipal
-

Local da Prestação
Tambaú - SP

País da Prestação
-

Descrição do Serviço
Nota fiscal da Fatura 457388322.
Descrição dos Serviços: contrato de gestao 089/2024 - minicipo de santa cruz das palmeiras.
Para mais informações acesse: https://www.asaas.com/i/6s8sq4hvbfeizw6c.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço
-

Município de Incidência do ISSQN
Tambaú - SP

Regime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade
-

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão
-

Benefício Municipal
-

Valor do Serviço
R$ 459,75

Desconto Incondicionado
-

Total Deduções/Reduções
-

Cálculo do BM
-

BC ISSQN
-

Alíquota Aplicada
-

Retenção do ISSQN
Não Retido

ISSQN Apurado
-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
-

CP
-

CSLL
-

PIS
-

COFINS
-

Retenção do PIS/COFINS
-

TOTAL TRIBUTAÇÃO FEDERAL
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R$ 459,75

Desconto Condicionado
R$

Desconto Incondicionado
R$

ISSQN Retido
-

IRRF, CP,CSLL - Retidos
R$ 0,00

PIS/COFINS Retidos
-

Valor Líquido da NFS-e
R$ 459,75

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
-	-	-

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Olá, ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Aqui está seu boleto.

53.312.808 RICARDO DE SOUZA

CNPJ: 53.312.808/0001-70
RUA RAFAEL CAIAFA, 99, JDN TERRAS DE SANTO ANTONIO
Tambaú - SP
CEP: 13710000
(19) 99587-3059
sistema@l3tecnologia.com

Vencimento	Valor
20/11/2024	R$ 459,75

Como realizar o pagamento:

Linha digitável

46191.11000 00000.000026 55083.153019 6 99060000045975

Pague o boleto com Pix usando o QRcode abaixo

ASAAS **461** **46191.11000 00000.000026 55083.153019 6 99060000045975**

Local de pagamento: Pagável em qualquer banco ou casa lotérica						Data de Vencimento: **20/11/2024**
Beneficiário: 53.312.808 RICARDO DE SOUZA				CPF/CNPJ do Beneficiário: 53.312.808/0001-70		Agência / Código beneficiário: 0001 / 4432003-4
Data do Documento: 18/11/2024	N° Documento: 457388322	Espécie Doc.: DM	Aceite: N	Data Processamento: 18/11/2024		Nosso Número: 255083153
Uso do banco	Carteira: 1	Espécie: REAL	Quantidade	Valor		Valor do Documento: **R$ 459,75**

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
Nao receber com cheque.
Cobrança de L 282
Receita referente ao plano de conta 10.09 - Receitas Clientes

Fatura disponível em: asaas.com/i/6s8sq4hvbfeizw6c

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, CNPJ: 45.349.461/0021-56
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 - CEP: 13650254
JARDIM SAO CARLOS - Santa Cruz das Palmeiras / SP

Autenticação Mecânica **FICHA DE COMPENSAÇÃO**

```
26/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:44:24
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
------------------------------------------------
03399015711150000000219814501011499060000060896
BENEFICIARIO:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUT
NOME FANTASIA:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA L
CNPJ: 44.672.062/0001-15
BENEFICIARIO FINAL:
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA L
CNPJ: 44.672.062/0001-15
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            112.105
DATA DE VENCIMENTO                    20/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     21/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        608,96
VALOR COBRADO                             608,96
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.865.16A.644.F07.A79
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

dipha

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

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.027.387
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1044 6720 6200 0115 5500 1000 0273 8710 0279 4674

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	135242396984070 - 23/10/2024 16:07:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
797833036116		44.672.062/0001-15

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02	23/10/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA
R DR ORLANDO T SANTOS, 050		WILLIAMS	17402-064		
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA/ENTRADA
GARCA	SP	16992288028			

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP
RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260		JARDIM SAO CARLOS		13650-000
MUNICÍPIO			UF	FONE / FAX
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			SP	

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	20/11/2024
Valor	R$ 608,96

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CALC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
608,96	73,08	0,00	0,00	0,00	0,00	608,96
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR IMPORTAÇÃO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	608,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PVN TRANSPORTES E SERVICOS EIRELI	0-Remetente				12.270.745/0004-00
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD ADAUTO CAMPO DALLORTO,2200 GALPAO 11B KM 2.2 SP 110-33		SUMARE		SP	671495090114
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	Volumes				

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
787	(605) AGUA P/ INJECAO SOL INJ CX 200 AMP PE X 10 ML EQUIPLEX O+ Lote: 2432387 Qt: 1 Val: 17/08/26 FCLA6CD77AA-F39E-488C-BA2D-72B25F159151	30049099	500	5102	CX	1	40,1600	40,16	40,16	4,82			12,00	
760	(717) SOL. FISIO. DE CLORETO DE SODIO CX/24 500ML 9MG/ML INJ IV FR SIST FECH EQUIPLEX O+ Lote: 2416089 Qt: 5 Val: 01/09/26 FCLBCA57219-5E1D-4476-93F2-C0C7B74E513A	30049099	500	5102	CX	5	113,7600	568,80	568,80	68,26			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
PEDIDO BIONEXO 366853812
CONTATO ANDERSON
Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras
PEDIDO DE COMPRA:PDC#366853812#BIONEXO
Vendedor: 20-REGIANE CRISTINA LOPES MORAES Id Ped: 279381
ATENDIMENTO (16) 3771-5458
DEVOLUCAO DE MERCADORIA NO PRAZO MAXIMO DE 48 HORAS.
AFE 3.11280-6
AFE 4.04495-0
AFE 1.27329-6
AE 1.27330-8
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 81,90 Estadual: R$ 73,08 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) VENDA PARA CONSUMIDOR FINAL.
Regime Especial - 100320/2022 - Portaria CAT no 116/2017
ROTA: ENTREGA 1 DIA

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

Banco Santander

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário:	Agência/Ident.Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	0230-0 / 0157115	23/10/2024	20/11/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938) R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS 17402-064 - GARCA-SP	Número Documento: 27387-01	Nosso Número: 0019814	Valor do Documento: 608,96

Autenticação Mecânica

Banco Santander | **033-0** | **03399.01571 11500.000002 19814.501011 4 99060000060896**

Local de Pagamento:					Vencimento
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					20/11/2024
Beneficiário					Agência/Ident.Beneficiário
DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA- 44.672.062/0001-15					0230-0 / 0157115
Data do documento: 23/10/2024	No. do documento 27387-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 23/10/2024	Nosso Número 0019814-5
Uso do Banco	Carteira 101 / Espécie Moeda R$	Quantidade		(x) Valor	(=) Valor do Documento 608,96

Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário)

PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,41 AO DIA

(-) Descontos/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (938)
R DR ORLANDO T SANTOS,050 - WILLIAMS
17402-064 - GARCA-SP
55.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica

Digitalizado com CamScanner

```
26/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:44:24
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
------------------------------------------------
03399484570130000043577390701041599070000073490
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            112.106
DATA DE VENCIMENTO                    21/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                     21/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        734,90
VALOR COBRADO                             734,90
================================================
NR.AUTENTICACAO            F.55D.77F.CC5.D49.AAB
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SUPERMED

Avenida Tower Automotive, 300 - Galpao 35 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 732610
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7326 1013 5433 3290

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135242398579157 23/10/2024 19:21:39

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	23/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP
R.DR ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03	WILLIAMS	17402-064

23 OUT. 2024

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

FATURA / DUPLICATA

001 21/11/2024 734,90

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
734,90	132,28	0,00	0,00	730,72

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	4,18	734,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7	CAIXA			28,25	28,25

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL. IPI
31567	COLETOR URINA 2000ML SIST FECHADO C/-VALV C/F.COLETA MEDIX LT 230923 (40) 08/2-028 (Fornecedor: 1925, Lote: 230923, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/09/2023, Data Val: 31/08/2028)	39269090	700	5102	PC	40	3,1000	124,00	124,00	22,32		18,00	
31285	FITA P/AUTOCL. 19MMX RL-BROCITEX-CREMER LT 2861704286 (10) 07/2026 (Fornecedor: 1496, Lote: 2861704286, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/-07/2024, Data Val: 31/07/2026)	48114110	000	5102	RL	10	6,1500	61,50	61,50	11,07		18,00	
20307	P LENC 50CMX50M C/10 BCO-FORTCLEAN LT 422/24 (2) 08/2029 \ LT 519/24 (3) 09/2029 (Fornecedor: 3704, Lote: 422/24, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2024, Data Val: 31/08/20-29 / Fornecedor: 3704, Lote: 519/24, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/09/2024, Data Val: 30/09/-2029)	48030090	000	5102	CX	5	54,3440	271,72	271,72	48,91	0,00	18,00	0,00
25872	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 30MM C/24- LT 20-240228 (1) 02/2029 (Fornecedor: 8062, Lo-te: 20240228, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/20-24, Data Val: 28/02/2029)	30061090	200	5102	CX	1	27,1900	27,19	27,19	4,89		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 366854436 - Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras ||#R39V5 R35F13V2 #||
Pedido: 732120
Pedido Cliente: 366854436
End. Entrega: R JOVINO MARTINS DA SILVA,260, 260 - JARDIM SAO CARLOS - 13650-254, SANTA CRUZ DAS PALME-SP
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 2 Cubagem: 0,21
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/23: IRRF R$ 0,00 (1,5%), PIS R$ 0,00 (0,65%), COFINS R$ 0,00 (3,65%) e CSLL R$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIAS AVARIADAS OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CANHOTO DA NOTA FISCAL OU NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE

SUPERMED

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 732610
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3524 1011 2060 9900 0441 5500 1000 7326 1013 5433 3290

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc Adq.de Terc

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135242398579157 23/10/2024 19:21:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33449	PAPEL GRAU CIRURGICO 150MMx100M RL-ZELARA LT 100624 (1) 06/2027 (Fornecedor: 4188, Lote: 100624, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/20-24, Data Val: 30/06/2027)	48043990	100	5102	RL	1	48,1700	48,17	49,74	8,95	1,57	18,00	3,25
33451	PAPEL GRAU CIRURGICO 250MMx100M RL-ZELARA LT 100624 (1) 06/2027 (Fornecedor: 4188, Lote: 100624, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/20-24, Data Val: 30/06/2027)	48043990	100	5102	RL	1	80,3100	80,31	82,92	14,93	2,61	18,00	3,25
36225	EMBALAGEM WRAPS 50G P 120X120CM C/50-BLUE-CARE LT INV50.011024-120 (1) 10/2027 (Fornecedor: 4146, Lote: INV50.011024-120, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2024, Data Val: 31/10/2027)	56031240	000	5102	PCT	1	117,8300	117,83	117,83	21,21	0,00	18,00	0,00

ATIVA LOGISTICA

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200
PQ. NOVO MUNDO - FONE: (11)2902-5000
SAO PAULO -SP -CEP: 02190-050

www.ativalog.com.br

CNPJ 01.125.797/0007-01 IE 149529966118 RNTRC 01201936

DACTE

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

AUTORIZAÇÃO 23/10/24 21:21 | FL 1/1

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
16	005742140	RODOVIÁRIO	57	135242609685614

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
35.2410.01.125.797/0007-01-57-016-005.742.140-130.926.446-2

TIPO DO CT-E	TIPO DO SERVIÇO	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
NORMAL	NORMAL	5352 Transp a est industrial

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
ARUJA/SP	SANTA CRUZ DAS PALME/SP	amanoel

REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP CEP 07430-350
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700

DESTINATARIO ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL SUFRAMA
END R.DR.ORLANDO T.SANTOS 50 SALA 03 WILLIAMS
MUN GARCA - SP CEP 17402-064
CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243

EXPEDIDOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP CEP 07430-350
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700

RECEBEDOR/LOC ENTREGA ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRAS (..)
END R JOVINO MARTINS DA SILVA 260
JARDIM SAO CARLOS
MUN SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - SP CEP 13650-254
CNPJ 45.349.461/0001-02 IE FONE (18)36591243

TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED
END AVENIDA TOWER AUTOMOTIVE 300 GALPAO 26 LARANJA AZEDA
MUN ARUJA - SP CEP 07430-350
CNPJ 11.206.099/0004-41 IE 188070970117 FONE (11)49341700

COMPONENTES DO FRETE (R$)

FRETE PESO	48,41
FRETE VALOR	1,57
DESPACHO	10,08
GRIS	4,98
PEDAGIO	6,66
TSO	4,90
IMP REPASSADO	10,45
FRETE TOTAL (R$)	87,05

MERCADORIA

PROD PREDOMIN	P.LENC 50CMX50M	
ESPECIE		CAIXAS
VALOR MERCADORIA (R$)		734,90
QTDE PARES/VOLUMES	0	7
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,2100	28,250
PESO CÁLCULO (Kg)		63,000

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		NORMAL
BASE CÁLCULO		87,05
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	0,00	12,00
VALOR ICMS		10,45
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00
VALOR A RECEBER (R$)		87,05

OBSERVAÇÕES

CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA C04961999 - ROTA: SAOI/RAOR - TARIF: 040 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: ANDERSON MANOEL PEREIRA DOS S - N PEDIDO: R39V5_732120. - Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR..

DESTAQUE DE TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - Em R$

ICMS/ISS: 10,45 PIS: 1,15 COFINS: 5,32 TOTAL: 16,92

CHAVES NF-E/CT-E

NF-E: 35241011206099000441550010007326101354333290

PIX

19

PLACA COLETA	TOMADOR	COBRAR	PREV.ENTREGA	NR
AQH4652	REMET	A PRAZO	28/10/24	00143265643325 - 00143265644183

DECLARAÇÃO DE INSPEÇÃO DE ENTREGA

☐ CAIXA LACRADA
☐ CONFERIDA SEM FALTA DE ITENS
☐ DESEMBALADA NO ATO DA ENTREGA
☐ CAIXA VIOLADA
☐ FALTANDO OS ITENS: _____

NOME COMPLETO - LEGÍVEL _____ RG/CPF _____ DATA/HORA __/__/____ __:__ ASSINATURA/CARIMBO _____

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª __/__/____ __:__
2ª __/__/____ __:__
3ª __/__/____ __:__

SAO 501550-2
RAO / 03

PROCESSADO POR ARUJA/SP

28/11/2024 - BANCO DO BRASIL - 11.03.59

COMPROVANTE

PAG SALARIO C/CTA

==========

PAGADOR: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

AGENCIA: 3062 CONTA: 37.470-9

NR. DOCUMENTO: 0

BENEFICIARIO: DANILO DE LIMA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 017.439.243-56

AGENCIA: 3341 CONTA: 24.446-5

DATA DO PAGAMENTO: 22/11/2024

VALOR: 154,38

NR. DOCUMENTO:

NR. AUTENTICACAO: F.203.EE4.33E.B1E.377

==========

|Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regiões metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informações e serviços transacionais.

|SAC BB

0800 729 0722

Informações, reclamações, cancelamentos de produtos e serviços.

|Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamações não solucionadas na agência, SAC e demais canais de atendimento.

|Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informações, reclamações, cancelamento de cartão, outros produtos e serviços e Ouvidoria.

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0021-56	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Rua R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260				JARDIM SAO CARLOS
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.650-254	8610-1/02	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
128.49003.17-6	DANILO DE LIMA OLIVEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA FRANCISCO POLLINI, 248 - CASA				JARDIM DAS PALMEIRA
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	SP	13.657-320	01743920000 - 04356 / SF	017.439.243-56
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
30/05/1983	MARIA SOCORRO DE LIMA OLIVEIRA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento

Rescisão contratual a pedido do empregado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
2.017,26	27/07/2024	13/11/2024	13/11/2024	SJ1

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 13/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 751,77	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 122,37	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R$ 504,32	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 4/12 avos	R$ 672,42	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 224,14
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$ 2.275,02**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado30/dias	R$ 2.017,26	112.1 Previdência Social	R$ 65,56	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 37,82
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 2.120,64**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 154,38**

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.44.24
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 1.070-2

FAVORECIDO: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS SA
CPF/CNPJ: 52.157.930/0001-57
VALOR: R$ 8.093,05
DEBITO EM: 25/11/2024
==========
DOCUMENTO: 112501
AUTENTICACAO SISBB: B.F77.A1F.4C6.F1A.365

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1844

Data de Emissão
13/11/2024

Data e Hora da Competência
13/11/2024 às 10:45:11

Código de Verificação
2373-2773-4907

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	52.157.930/0001-57	**Cód. Mobiliário**	5503	**Insc. Mun.**	5503
Nome	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS STA CRUZ S/C LTDA				
Logradouro	RUA-CORONEL PENTEADO			**Número**	666
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-009
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
17	EXAMES LABORATORIAIS	8.370,9700	1,00	8.370,97

Valor Total dos Serviços - R$8.370,97

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 04/2024

CHAMAMENTO PÚBLICO N° 01/2024

DADOS BANCÁRIOS (CAIXA)

AGENCIA: 1198

CC: 1070-2

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.370,97

Atividade

04.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Tomador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,3200	8.370,97	0,00	277,92	277,92

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 8.093,05

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS STA CRUZ S/C LTDA CNPJ: 52.157.930/0001-57

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1844** emitida em **13/11/2024** às **10:45:11 -** Cód Verif **2373-2773-4907**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **8.370,97** Valor Líquido R$ **8.093,05**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Santa Cruz das Palmeiras, 05 de novembro de 2024.

Ofício nº 186/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago aos laboratórios que nos prestam serviços, conforme produção em planilhas anexas. Este faturamento é referente ao **período de 01/10/2024 à 31/10/2024 (pagamento em novembro de 2024).**

LABORATÓRIO SANTA CRUZ (ROSA).
-SUS: R$ 7.337,16 (Sete mil trezentos e trinta e sete reais e dezesseis centavos).
-GESTANTE: R$ 896,07 (Oitocentos e noventa e seis reais e sete centavos).
-HOMEM: R$ 17,74 (dezessete reais e setenta e quatro centavos).
-EXATRAS: R$ 120,00 (Cento e vinte reais)
TOTAL A RECEBER: R$ 8.370,97 (Oito mil trezentos e setenta reais e noventa e sete centavos).

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

PGTO Mês de Novembro/2024 período 01/10/2024 à 31/10/2024.

Laboratorio Santa Cruz - ROSA

CODPROC	DESCRIÇÃO	VLR_UNIT	VLR_Particula	geral	R$	gestante	R$	pre n homem	R$	geral - 2	R$
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R$ 10,00	R$ 0,00	1	10,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 1,85	R$ 0,00	22	40,70		0,00		0,00		0,00
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 2,25	R$ 0,00	4	9,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 2,01	R$ 0,00	14	28,14		0,00		0,00		0,00
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1,85	R$ 0,00	17	31,45		0,00		0,00		0,00
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,51	R$ 0,00	41	143,91		0,00		0,00		0,00
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,51	R$ 0,00	30	105,30		0,00		0,00		0,00
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 1,85	R$ 0,00	45	83,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$ 3,68	R$ 21,00		0,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1,85	R$ 0,00	51	94,35		0,00		0,00		0,00
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 3,68	R$ 0,00	4	14,72		0,00		0,00		0,00
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 15,59	R$ 0,00	13	202,67		0,00		0,00		0,00
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 3,51	R$ 0,00	8	28,08		0,00		0,00		0,00
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 15,65	R$ 0,00	5	78,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 2,01	R$ 0,00	15	30,15		0,00		0,00		0,00
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1,85	R$ 0,00	2	3,70		0,00		0,00		0,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,51	R$ 0,00	14	49,14		0,00		0,00		0,00
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1,85	R$ 0,00	49	90,65	9	16,65		0,00		0,00
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 15,00	R$ 0,00	41	615,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R$ 3,68	R$ 50,00	1	3,68		0,00		0,00		0,00
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 2,25	R$ 0,00	1	2,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 2,25	R$ 0,00	1	2,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 1,85	R$ 0,00	28	51,80		0,00		0,00		0,00
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 1,85	R$ 0,00	9	16,65		0,00		0,00		0,00
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R$ 1,85	R$ 0,00	25	46,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 2,01	R$ 0,00	38	76,38		0,00		0,00		0,00
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 2,01	R$ 0,00	38	76,38		0,00		0,00		0,00
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,12	R$ 12,60		0,00		0,00		0,00	3	37,80
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 3,51	R$ 0,00	49	171,99		0,00		0,00		0,00
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R$ 1,85	R$ 0,00	42	77,70		0,00		0,00		0,00
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 15,24	R$ 0,00	15	228,60		0,00		0,00		0,00
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 40,00	R$ 42,00		0,00		0,00		0,00	26	1.092,00
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ 2,73	R$ 0,00	3	8,19		0,00		0,00		0,00
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 2,73	R$ 0,00	3	8,19		0,00		0,00		0,00
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$ 2,73	R$ 0,00	7	19,11		0,00		0,00		0,00
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R$ 2,73	R$ 0,00	9	24,57		0,00		0,00		0,00
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	R$ 15,00	R$ 0,00	10	150,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 15,00	R$ 0,00	10	150,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$ 2,73	R$ 0,00	4	10,92		0,00		0,00		0,00
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 15,00	R$ 15,75		0,00		0,00		0,00	6	94,50
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 4,11	R$ 0,00	66	271,26	9	36,99		0,00		0,00
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO DENGUE	R$ 6,20	R$ 0,00	4	24,80		0,00		0,00		
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$ 2,73	R$ 0,00	3	8,19		0,00		0,00		0,00
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R$ 2,73	R$ 0,00	3	8,19		0,00		0,00		0,00
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R$ 2,83	R$ 0,00	4	11,32		0,00		0,00		0,00
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 20,00	R$ 21,00		0,00		0,00		0,00	13	273,00
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$ 9,25	R$ 0,00	2	18,50		0,00		0,00		0,00
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 2,83	R$ 0,00	7	19,81		0,00		0,00		0,00
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R$ 2,83	R$ 0,00	2	5,66		0,00		0,00		0,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 16,97	R$ 0,00		0,00	8	135,76		0,00		0,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 18,55	R$ 0,00		0,00	8	148,40		0,00		0,00
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 15,00	R$ 0,00	1	15,00	9	135,00	1	15,00		0,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA125	R$ 13,35	R$ 31,50		0,00		0,00		0,00	2	63,00
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$ 1,65	R$ 0,00	29	47,85	6	9,90		0,00		0,00
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$ 1,65	R$ 0,00	4	6,60		0,00		0,00		0,00
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R$ 3,70	R$ 0,00	48	177,60	12	44,40		0,00		0,00
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R$ 3,51	R$ 0,00	2	7,02		0,00		0,00		0,00
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 2,04	R$ 0,00	2	4,08		0,00		0,00		0,00
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$ 14,12	R$ 0,00	1	14,12		0,00		0,00		0,00
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$ 14,38	R$ 0,00	1	14,38		0,00		0,00		0,00
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R$ 9,86	R$ 0,00	1	9,86		0,00		0,00		0,00

02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 10,15	R$ 0,00	1	10,15		0,00		0,00		0,00
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 7,85	R$ 0,00	3	23,55		0,00		0,00		0,00
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$ 7,89	R$ 0,00	5	39,45		0,00		0,00		0,00
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 8,97	R$ 0,00	4	35,88		0,00		0,00		0,00
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 8,96	R$ 0,00	49	439,04		0,00		0,00		0,00
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R$ 10,17	R$ 15,75		0,00		0,00		0,00	2	31,50
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 10,22	R$ 0,00	3	30,66		0,00		0,00		0,00
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 10,15	R$ 0,00	5	50,75		0,00		0,00		0,00
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$ 10,43	R$ 0,00	5	52,15		0,00		0,00		0,00
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$ 13,11	R$ 0,00	1	13,11		0,00		0,00		0,00
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 8,76	R$ 0,00	3	26,28		0,00		0,00		0,00
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 11,60	R$ 0,00	29	336,40		0,00		0,00		0,00
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$ 8,71	R$ 0,00	1	8,71		0,00		0,00		0,00
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 15,65	R$ 0,00	4	62,60		0,00		0,00		0,00
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R$ 4,98	R$ 0,00	3	14,94	10	49,80		0,00		0,00
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 5,62	R$ 40,00		0,00		0,00		0,00	28	1.120,00
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS	R$ 25,00	R$ 0,00		0,00	12	300,00		0,00		0,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$ 1,37	R$ 0,00		0,00	6	8,22	1	1,37		0,00
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$ 1,37	R$ 0,00		0,00	6	8,22	1	1,37		0,00
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R$ 2,73	R$ 0,00		0,00	1	2,73		0,00		0,00
				967	4.625,60	96	896,07	3	17,74	80	2.711,80

	Exames pagos por valores diferente da tabela SUS
	Exames que constam na tabela gestante.
	Exames pagos de forma personalizada

	1.146
TOTAL FINANCEIRO - Ros	R$ 8.251,21

Exames extras realizados neste período: DENGUE: 03 NS1 R$ 120,00. Totalizando R$ 8.370,97.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.44.24
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 919-4

FAVORECIDO: IRMANDADE DO HOSPITAL E MATERNIDADE
CPF/CNPJ: 56.784.424/0001-49
VALOR: R$ 8.360,65
DEBITO EM: 25/11/2024
==========
DOCUMENTO: 112502
AUTENTICACAO SISBB: F.921.589.32C.C89.221

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**1553**
Data de Emissão	**19/11/2024**
Data e Hora da Competência	**19/11/2024 às 15:10:30**
Código de Verificação	1512-3943-2297

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	56.784.424/0001-49	**Cód. Mobiliário**	5089	**Insc. Mun.**	5089
Nome	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA				
Logradouro	RUA-MONTEIRO DE BARROS			**Número**	179
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-035
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
12	EXAMES LABORATORIAIS	8.360,6500	1,00	8.360,65

Valor Total dos Serviços - R$8.360,65

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Exames SUS/Posto Saude
Proc. Adm: 04/2024
Contrato de Gestao: 89/2024
Chamamentos Publico: 01/2024
Dados Bancarios: Cx. Ec. Fed. - Ag: 1198 - C/C: 919-4 - OP: 003

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.360,65

Atividade
04.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Isenta/Imune	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
4,0000	8.360,65	0,00	0,00	334,43

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 8.360,65

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA CNPJ: 56.784.424/0001-49

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1553** emitida em **19/11/2024** às **15:10:30 -** Cód Verif **1512-3943-2297**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **8.360,65** Valor Líquido R$ **8.360,65**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Santa Cruz das Palmeiras, 05 de novembro de 2024.

Ofício nº 186/2024.

Prezado (a) Senhor (a):

Venho, através deste, informar a Vossa Senhoria o valor a ser pago aos [illegible] que nos prestam serviços, conforme produção em planilhas anexas. Este faturamento é [illegible] **31/10/2024 (pagamento em novembro de 2024).**

centavos).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. NELSON SCANTAMBURLO
-SUS: R$ 7.598,67 (Sete mil quinhentos e noventa e oito reais e sessenta e sete centavos).
-GESTANTE: R$ 681,98 (Seiscentos e oitenta e um reais e noventa e oito centavos).
-EXAMES EXTRAS: R$ 80,00 (Oitenta reais).
TOTAL A RECEBER: R$ 8.360,65 (Oito mil trezentos e sessenta reais e sessenta e cinco centavos).

Sem mais para o momento, agradeço a atenção.

Maristela Savella Rosa
Diretora Municipal de Saúde

À
AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
VLT

PGTO Mês de Novembro/2024 período 01/10/2024 à 31/10/2024.

Laboratorio Santa Cruz - NELSON

CODPROC	DESCRIÇÃO	VLR_UNIT	VLR_Particula	geral	R$	gestante	R$	pre n homen	R$		R$
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMÍCA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R$ 10,00	R$ 0,00		0,00	3	30,00		0,00		0,00
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 1,85	R$ 0,00	24	44,40		0,00		0,00		0,00
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 2,25	R$ 0,00	4	9,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 2,01	R$ 0,00	7	14,07		0,00		0,00		0,00
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1,85	R$ 0,00	16	29,60		0,00		0,00		0,00
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,51	R$ 0,00	41	143,91		0,00		0,00		0,00
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,51	R$ 0,00	28	98,28		0,00		0,00		0,00
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 1,85	R$ 0,00	46	85,10		0,00		0,00		0,00
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1,85	R$ 0,00	48	88,80		0,00		0,00		0,00
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 3,68	R$ 0,00	8	29,44		0,00		0,00		0,00
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,68	R$ 0,00	3	11,04		0,00		0,00		0,00
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 15,59	R$ 0,00	14	218,26		0,00		0,00		0,00
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 3,51	R$ 0,00	13	45,63		0,00		0,00		0,00
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 15,65	R$ 0,00	4	62,60		0,00		0,00		0,00
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 2,01	R$ 0,00	9	18,09		0,00		0,00		0,00
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1,85	R$ 0,00	4	7,40		0,00		0,00		0,00
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,51	R$ 0,00	8	28,08		0,00		0,00		0,00
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1,85	R$ 0,00	54	99,90	6	11,10		0,00		0,00
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 15,00	R$ 0,00	37	555,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R$ 3,68	R$ 50,00	1	50,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 2,25	R$ 0,00	4	9,00		0,00		0,00		0,00
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 2,25	R$ 0,00	1	2,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 1,85	R$ 0,00	26	48,10		0,00		0,00		0,00
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 1,85	R$ 0,00	3	5,55		0,00		0,00		0,00
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R$ 1,85	R$ 0,00	25	46,25		0,00		0,00		0,00
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 2,01	R$ 0,00	37	74,37		0,00		0,00		0,00
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 2,01	R$ 0,00	37	74,37		0,00		0,00		0,00
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,12	R$ 12,60		0,00		0,00		0,00	3	37,80
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 3,51	R$ 0,00	49	171,99		0,00		0,00		0,00
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R$ 1,85	R$ 0,00	38	70,30		0,00		0,00		0,00
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 15,24	R$ 0,00	22	335,28		0,00		0,00		0,00
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 40,00	R$ 42,00		0,00		0,00		0,00	30	1.260,00
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 2,73	R$ 0,00	3	8,19		0,00		0,00		0,00
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R$ 2,73	R$ 0,00	7	19,11		0,00		0,00		0,00
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R$ 2,73	R$ 0,00	6	16,38		0,00		0,00		0,00
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	R$ 15,00	R$ 0,00	6	90,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$ 15,00	R$ 0,00	6	90,00		0,00		0,00		0,00
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R$ 2,73	R$ 0,00	3	8,19		0,00		0,00		0,00
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 15,00	R$ 15,75		0,00		0,00		0,00	3	47,25
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R$ 1,53	R$ 0,00	1	1,53		0,00		0,00		0,00
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 4,11	R$ 0,00	69	283,59	6	24,66		0,00		0,00
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 20,00	R$ 21,00		0,00		0,00		0,00	9	189,00
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$ 9,25	R$ 0,00	1	9,25		0,00		0,00		0,00
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 2,83	R$ 0,00	4	11,32		0,00		0,00		0,00
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 16,97	R$ 0,00	1	16,97	6	101,82		0,00		0,00
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 18,55	R$ 0,00	1	18,55	6	111,30		0,00		0,00
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 17,16	R$ 0,00	1	17,16		0,00		0,00		0,00
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$ 13,35	R$ 31,50		0,00		0,00		0,00	3	94,50
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 15,00	R$ 0,00	4	60,00		0,00		0,00		0,00
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 10,00	R$ 0,00	1	10,00		0,00		0,00		0,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 10,00	R$ 0,00	1	10,00		0,00		0,00		0,00
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R$ 15,00	R$ 0,00		0,00	11	165,00		0,00		0,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA125	R$ 13,35	R$ 31,50		0,00		0,00		0,00	3	94,50
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R$ 1,65	R$ 0,00	1	1,65		0,00		0,00		0,00
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$ 1,65	R$ 0,00	1	1,65		0,00		0,00		0,00
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$ 1,65	R$ 0,00	41	67,65	3	4,95		0,00		0,00
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$ 1,65	R$ 0,00	6	9,90		0,00		0,00		0,00
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R$ 3,70	R$ 0,00	64	236,80	7	25,90		0,00		0,00

02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 2,04	R$ 0,00	1	2,04		0,00		0,00		0,00
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$ 14,38	R$ 0,00	1	14,38		0,00		0,00		0,00
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$ 11,25	R$ 0,00	1	11,25		0,00		0,00		0,00
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 10,15	R$ 0,00	2	20,30		0,00		0,00		0,00
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 7,85	R$ 0,00	2	15,70		0,00		0,00		0,00
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$ 10,21	R$ 0,00	2	20,42		0,00		0,00		0,00
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$ 7,89	R$ 0,00	4	31,56		0,00		0,00		0,00
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 8,97	R$ 0,00	4	35,88		0,00		0,00		0,00
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 8,96	R$ 0,00	43	385,28		0,00		0,00		0,00
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 10,22	R$ 0,00	2	20,44		0,00		0,00		0,00
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 10,15	R$ 0,00	2	20,30		0,00		0,00		0,00
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$ 13,11	R$ 0,00	1	13,11		0,00		0,00		0,00
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$ 10,43	R$ 0,00	1	10,43		0,00		0,00		0,00
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 8,76	R$ 0,00	1	8,76		0,00		0,00		0,00
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 11,60	R$ 0,00	29	336,40		0,00		0,00		0,00
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$ 8,71	R$ 0,00	1	8,71		0,00		0,00		0,00
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 15,65	R$ 0,00	7	109,55		0,00		0,00		0,00
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R$ 4,98	R$ 0,00	11	54,78	6	29,88		0,00		0,00
02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R$ 2,80	R$ 0,00	1	2,80		0,00		0,00		0,00
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 5,62	R$ 40,00		0,00		0,00		0,00	30	1.200,00
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS	R$ 25,00	R$ 0,00		0,00	6	150,00		0,00		0,00
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$ 1,89	R$ 0,00	2	3,78		0,00		0,00		0,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$ 1,37	R$ 0,00		0,00	7	9,59		0,00		0,00
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$ 1,37	R$ 0,00		0,00	7	9,59		0,00		0,00
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R$ 2,73	R$ 0,00		0,00	3	8,19		0,00		0,00
				962	**4.675,62**	**77**	**681,98**	**0**	**0,00**	**81**	**R$ 2.923,05**

	Exames pagos por valores diferente da tabela SUS
	Exames que constam na tabela gestante.
	Exames pagos de forma personalizada

TOTAL FÍSICO	**1.120**
TOTAL FINANCEIRO - Nelson	**R$ 8.280,65**

Exames extras realizados neste período: DENGUE: 02 NS1 R$ 80,00. Totalizando R$ 8.360,65.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.44.24
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 919-4

FAVORECIDO: IRMANDADE DO HOSPITAL E MATERNIDADE
CPF/CNPJ: 56.784.424/0001-49
VALOR: R$ 543,50
DEBITO EM: 25/11/2024
==========
DOCUMENTO: 112503
AUTENTICACAO SISBB: D.30C.1F4.283.DEB.0A2

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1555

Data de Emissão
19/11/2024

Data e Hora da Competência
19/11/2024 às 15:15:29

Código de Verificação
8779-3347-5080

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	56.784.424/0001-49	**Cód. Mobiliário**	5089	**Insc. Mun.**	5089
Nome	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA				
Logradouro	RUA-MONTEIRO DE BARROS			**Número**	179
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-035
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
12	EXAMES LABORATORIAIS	543,5000	1,00	543,50

Valor Total dos Serviços - R$543,50

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Exames Admissionais AHBB
Proc. Adm: 04/2024
Chamamento Publico: 01/2024
Contrato de Gestao: 89/2024
Dados Bancarios: Cx. Ec. Federal - Ag: 1198 - C/C: 919-4 - OP: 003

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 543,50

Atividade
04.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Isenta/Imune	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
4,0000	543,50	0,00	0,00	21,74

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 543,50

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA CNPJ: 56.784.424/0001-49

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1555** emitida em **19/11/2024** às **15:15:29 -** Cód Verif **8779-3347-5080**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **543,50** Valor Líquido R$ **543,50**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.44.24
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA: 919-4

FAVORECIDO: IRMANDADE DO HOSPITAL E MATERNIDADE
CPF/CNPJ: 56.784.424/0001-49
VALOR: R$ 8.460,08
DEBITO EM: 25/11/2024
==========
DOCUMENTO: 112504
AUTENTICACAO SISBB: 8.9F7.2B0.123.215.283

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1556

Data de Emissão
19/11/2024

Data e Hora da Competência
19/11/2024 às 15:18:37

Código de Verificação
6939-8230-3651

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	56.784.424/0001-49	**Cód. Mobiliário**	5089	**Insc. Mun.**	5089
Nome	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA				
Logradouro	RUA-MONTEIRO DE BARROS			**Número**	179
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-035
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
12	EXAMES LABORATORIAIS	8.460,0800	1,00	8.460,08

Valor Total dos Serviços - R$8.460,08

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Exames Urgencia e Emergencia
Proc. Adm: 04/2024
Contrato de Gestao: 89/2024
Chamamentos Publico: 01/2024
Dados Bancarios: Cx. Ec. Federal - Ag: 1198 - C/C:919-4 - OP: 003

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 8.460,08

Atividade
04.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Isenta/Imune	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
4,0000	8.460,08	0,00	0,00	338,40

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 8.460,08

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA CNPJ: 56.784.424/0001-49

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1556** emitida em **19/11/2024** às **15:18:37 -** Cód Verif **6939-8230-3651**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **8.460,08** Valor Líquido R$ **8.460,08**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 14.44.24
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.470-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1198-3 - SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CONTA:         919-4

FAVORECIDO:  IRMANDADE DO HOSPITAL E MATERNIDADE
CPF/CNPJ: 56.784.424/0001-49
VALOR: R$                              6.000,00
DEBITO EM: 25/11/2024
================================================
DOCUMENTO: 112505
AUTENTICACAO SISBB:        1.3B5.F78.E02.668.2B0
```

Transação efetuada com sucesso por: JG037509 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
1554

Data de Emissão
19/11/2024

Data e Hora da Competência
19/11/2024 às 15:13:17

Código de Verificação
3975-1479-6557

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	56.784.424/0001-49	**Cód. Mobiliário**	5089	**Insc. Mun.**	5089
Nome	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA				
Logradouro	RUA-MONTEIRO DE BARROS			**Número**	179
Bairro	CENTRO			**CEP**	13650-035
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS			**UF**	SP

Autenticação

Situação Não Optante do Simples Nacional

Telefones

E-Mail's

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0021-56	**RG/IE**	
Inscrição Mun.	13306	**Cód. Mobiliário**	13306
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENIFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	**Telefone**	(19) 3672-9069
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA --JOVINO MARTINS DA SILVA	**Número**	192
Bairro	JARDIM MILANO	**CEP**	13650-300
Município	SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	**UF**	SP
Complemento	Comercial	**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Total
47	SOBREAVISO	6.000,0000	1,00	6.000,00

Valor Total dos Serviços - R$6.000,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Sobreaviso
Proc. Adm: 04/2024
Contrato de Gestao: 89/2024
Chamamento Publico: 01/2024
Dados Bancarios: Cx. Ec. Fed. - Ag:1198 - C/C: 919-4 - OP: 003

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	**IOF (R$)**	**IPI (R$)**	**ICMS (R$)**			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 6.000,00

Atividade
04.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULAT

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Isenta/Imune	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
4,0000	6.000,00	0,00	0,00	240,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 6.000,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA CNPJ: 56.784.424/0001-49

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1554** emitida em **19/11/2024** às **15:13:17 -** Cód Verif **3975-1479-6557**
Condições de Pagamento: Valor Total R$ **6.000,00** Valor Líquido R$ **6.000,00**

Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Consultas - Emissão de comprovantes

G3380315210748001
03/12/2024 16:08:44

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.08.44
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.470-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA:  87.948.094-5

FAVORECIDO:  43.053.041 DAIANE IGNACIO DE OLIVEI
CPF/CNPJ: 43.053.041/0001-59
VALOR: R$                                384,00
DEBITO EM: 27/11/2024
================================================
DOCUMENTO: 112701
AUTENTICACAO SISBB:        1.309.ABD.262.033.17B
```

RECEBEMOS DE 43053041 DAIANE IGNACIO DE OLIVEIRA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e **Nº 000063** **Série 1**
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

43053041 DAIANE IGNACIO DE OLIVEIRA
Rua Octaviano Riul, 325, Jardim Paiva
14.056-854 - Ribeirão Preto - SP
Fone (16) 3446-4880
www.soldtapetes.com.br - vitor_espagnol@hotmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]

Nº 000063
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 1143 0530 4100 0159 5500 1000 0000 6317 8267 5081

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

Natureza da operação	Protocolo de autorização de uso	
Venda de mercadoria	135242496768286 04/11/2024 10:34:46	
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
797.768.410.112		43.053.041/0001-59

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0021-56	ISENTO	04/11/2024
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Jovino Martins da Silva, 260	Jardim Sao Carlos	13.650-254	04/11/2024
Município	**UF**	**Fone/Fax**	**Hora saída**
Santa Cruz das Palmeiras	SP		10:34:45

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	348,00

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	348,00

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
0				0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	Tapete personalizado 1,20x60	57050000	0400	5.102	01	1,00	348,00	348,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

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

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Total aproximado de tributos: R$ 118,46 (34,04%) Federais R$ 55,82 (16,04%) Estaduais R$ 62,64 (18,00%) . Fonte IBPT.	

04/11/2024 10:34:51

NF-e Nº 000063 Série 1

43053041 DAIANE IGNACIO DE OLIVEIRA
Rua Octaviano Riul , 325 , Jardim Paiva , Ribeirão Preto - SP - 14.056-854
Fone 1634464880
www.soldtapetes.com.br
vitor_espagnol@hotmail.com

Chave de acesso
35241143053041000159550010000000631782675081
Número de protocolo
135242496768286
Data emissão
04/11/2024

Nº	Correção	Data
1	Termo adicional	05/11/2024 09:42:08
2	Contrato de gestao 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras	05/11/2024 09:43:38

```
03/12/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:08:44
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BANCO DO BRASIL
------------------------------------------------
00190000090345212600000000945170599160000720000
BENEFICIARIO:
VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SO
NOME FANTASIA:
VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SOLUCOE
CNPJ: 43.771.225/0001-54
PAGADOR:
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS
CNPJ: 45.349.461/0021-56
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            112.702
NOSSO NUMERO                  34521260000000945
CONVENIO                              03452126
DATA DE VENCIMENTO                   30/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                    27/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                     7.200,00
VALOR COBRADO                          7.200,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            2.4CC.38B.1BB.B91.2D8
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SOLUGERA SOLUCOES EM LOCACAO DE GERADORES ESTRADA ONDA VERDE, N.33 PARQUE SANTA TERESA, CARAPICUÍBA - CEP: 06341-170, SP	**NOTA DE LOCAÇÃO** N. 766 1° Via Cliente -- 2° Via Contabilidade **CNPJ: 43.771.225/0001-54** **IE: ISENTO**
financeiro@solugera.com.br Tel: (11) 4254-2037	**Natureza de Operação: Locação** **Data de Emissão 01/11/2024**

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
Endereço: RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 – SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS – JARDIM SÃO CARLOS - SP – CEP 13650-254
CNPJ: 45.349.461/0021-56 IE:ISENTO

Endereço de cobrança: RUA DR. ORLANDO T. SANTOS, 50 – WILLIAMS, GARÇA-SP	
Município: GARÇA	**Estado: SÃO PAULO**

Qtda.	Descrição das locações	Valor Unitário	Valor Total
1	ITEM: GERADOR DE ENERGIA Pedido de compra N° 766 Serviço: LOCAÇÃO MENSAL Contrato de Gestão 89/2024 Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras VENCIMENTO 30/11/2024 VALOR R$ 7.200,00 Dispensado da emissão de Nota Fiscal conforme Lei Complementar nº 116 de 31/07/2003.	R$ 7.200,00	R$ 7.200,00

Dados Bancários: BANCO DO BRASIL / AGENCIA: 2949-1 / CONTA: 37414-8 **PIX CNPJ:** 43.771.225/0001-54	**Total:** R$ 7.200,00 **Vencimento:** 30/11/2024

Nome: _____ CNPJ: _____
Data:___/___/_____

Reconheço(emos) a exatidão deste recibo de locação de equipamentos, na importância acima que pagaremos a SOLUGERA – SOLUÇÕES EM LOCAÇÃO DE GERADORES ou a sua ordem na praça e vencimentos indicados.

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de Autoatendimento BB.

Instruções

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

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL 001-9

Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso Número
VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SOLUCOES EM	R$		34521260000000945-4

Endereço: ESTRADA ONDA VERDE 33 PARQUE SANTA TER CARAPICUIBA SP - 6341170

Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento
965-01	20231535	43.771.225/0001-54	30/11/2024	7.200,00

(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
				7.200,00

Pagador: SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - 45.349.461/0021-56

Instruções — Autenticação mecânica

JUROS: DISPENSADO
NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.
LOCACAO

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL 001-9 **00190.00009 03452.126000 00000.945170 5 99160000720000**

Pagável em qualquer banco até o vencimento — 30/11/2024

Beneficiário: VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SOLUCOES EM — Agência/Código Beneficiário: 2949-1 / 37414-8

Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
30/10/2024	965-01	DS	N	01/11/2024	34521260000000945-4

Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	Valor Documento
17	R$			7.200,00

Instruções

JUROS: DISPENSADO
NAO RECEBER APOS O VENCIMENTO
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.
LOCACAO

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(-) Mora/Multa
(-) Outros Acrescimos
(=) Valor Cobrado: 7.200,00

Pagador
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - 45.349.461/0021-56
RUA RUA JOVINO MARTINS DA SILVA, DE 1 AT
SANTA CRUZ DAS PALME - SP - 13650-254

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

Imprimir | Gerar PDF | Fechar | Pagar - gerenciador financeiro | Pagar - sua conta

```
03/12/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:08:44
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
BCO RENDIMENTO S.A.
------------------------------------------------
63390001161225249860004492134228799140000327500
BENEFICIARIO:
PAGCERTO INSTITUICAO DE PAGAME
NOME FANTASIA:
PAGCERTO INSTITUICAO DE PAGAMENTO L
CNPJ: 17.819.084/0001-92
BENEFICIARIO FINAL:
BAKKEN HOSPITALAR LTDA
CNPJ: 43.944.092/0001-70
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0019-31
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                          112.703
DATA DE VENCIMENTO                  28/11/2024
DATA DO PAGAMENTO                   27/11/2024
VALOR DO DOCUMENTO                    3.275,00
VALOR COBRADO                         3.275,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            F.C39.6A6.CB1.4B6.FBA
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

RECEBEMOS DE BAKKEN HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e **Nº 000626** Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

BAKKEN HOSPITALAR LTDA
Rua Nelson de Souza Bárbara, 747,
Jardim Santa Genebra
13.080-260 - Campinas - SP
Fone (19) 4062-0225
www.bakkenhospitalar.com.br -
financeiro@bakkenhospitalar.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0- Entrada
1-Saída [1]

Nº 000626
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 1043 9440 9200 0170 5500 1000 0006 2613 6375 2959

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

Natureza da operação	Protocolo de autorização de uso	
Venda de mercadoria	135242442205210 29/10/2024 09:20:57	
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
122.639.548.112		43.944.092/0001-70

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil	45.349.461/0019-31	ISENTO	29/10/2024
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Ana Cintra, 332	Jardim Primavera	13.901-310	29/10/2024
Município	**UF**	**Fone/Fax**	**Hora saída**
Amparo	SP	(14) 99761-2212	09:20:56

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	29/10/2024	3.075,00	002	28/11/2024	3.075,00			

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.150,00

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	6.150,00

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta 0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
0				0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CFOP5102	Rodizio para incubadora de transporte - Hi-tech	90181980	0101	5.102	UN	1,00	980,00	980,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	Cupula de acrilico - Olidef	90181980	0101	5.102	UN	1,00	5.100,00	5.100,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	Cabo forca padrao ABNT	90181980	0101	5.102	UN	1,00	70,00	70,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
7277601	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Total aproximado de tributos: R$ 1.960,01 (31,87%) Federais R$ 853,01 (13,87%) Estaduais R$ 1.107,00 (18,00%) . Fonte IBPT. Termo de Convênio 0014/2024	

29/10/2024 09:21:01

NF-e Nº 000626 Série 1

BAKKEN HOSPITALAR LTDA
Rua Nelson de Souza Bárbara , 747 , Jardim Santa Genebra , Campinas - SP - 13.080-260
Fone 1940620225
www.bakkenhospitalar.com.br
financeiro@bakkenhospitalar.com.br

Chave de acesso
35241043944092000170550010000006261363752959
Número de protocolo
135242442205210
Data emissão
29/10/2024

Nº	Correção	Data
1	CNPJ: 45.349.461/0021-56Termo de convenio: 89/2024	31/10/2024 16:05:43

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS DE CAMPINAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Número da Nota	**00001186**
Data e Hora de Emissão	**29/10/2024 09:23:06**
Código de Verificação	**ffed65b1**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **BAKKEN HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ: **43.944.092/0001-70** Inscrição Municipal: **00727760-1**
Endereço: **RUA MAESTRO FRANCISCO MANOEL DA SILVA, Nº000200 - BAIRRO JARDIM SANTA GENEBRA - CEP:13080-190**
Município: **CAMPINAS** UF: **SP** Telefone: **(019) 40620225**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0019-31** Inscrição Municipal: **00000000-0**
Endereço: **RUA ANA CINTRA, Nº332 - JARDIM PRIMAVERA - CEP:13901-310**
Município: **AMPARO** UF: **SP** E-mail: **amanda@thosp.com.br** Telefone: **()**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: MANUTENÇÃO CORRETIVA - INCUBADORA DE TRANSPORTE (2,00 X R$200,00)TERMO DE CONVÊNIO 0014/2024

Tributável	Item	Qtde	Unitário R$	Total R$
SIM	MANUTENÇÃO CORRETIVA - INCUBADORA DE TRANSPORTE (2,00 X R$200,00)TERMO DE CONVÊNIO 0014/2024	1	400,00	400,00

Descrição do serviço prestado conforme CNAE informada pelo prestador de serviço, a qual define o valor do ISSQN devido: CNAE 3312-1/03-00 - Manutencao e reparacao de aparelhos eletromedicos .

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

PIS (0,0000%):	COFINS (0,0000%):	INSS (0,0000%):	IR (0,0000%):	CSLL (0,0000%):
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 400,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

Mês de Competência da Nota Fiscal: 10/2024
Local da Prestação do Serviço: CAMPINAS/SP
Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR
Tributação: TRIBUTÁVEL S.N. - ISSQN devido a Campinas
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional
RPS 301 SÉRIE 99, convertido em NFSe em 29/10/2024
CNAE: 3312-1/03-00
Descrição da Atividade: MANUTENCAO E REPARACAO DE APARELHOS ELETROMEDICOS
Serviço: 1401 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

CARTA DE CORREÇÃO
Nº 2 - ANEXADA EM 31/10/2024 16:07:03

Número da Nota	**00001186**
Data e Hora de Emissão	**29/10/2024 09:23:06**
Código de Verificação	**ffed65b1**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **BAKKEN HOSPITALAR LTDA**
CPF/CNPJ: **43.944.092/0001-70** Inscrição Municipal: **00727760-1**
Endereço: **RUA MAESTRO FRANCISCO MANOEL DA SILVA, Nº000200 - BAIRRO JARDIM SANTA GENEBRA - CEP:13080-190**
Município: **CAMPINAS** UF: **SP** Telefone: **(019) 40620225**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0019-31** Inscrição Municipal: **00000000-0**
Endereço: **RUA ANA CINTRA, Nº332 - JARDIM PRIMAVERA - CEP:13901-310**
Município: **AMPARO** UF: **SP** E-mail: **amanda@thosp.com.br** Telefone: **()**

DESCRIÇÃO

CNPJ: 45.349.461/0021-56
Termo de convênio: 89/2024

NOTA EXPLICATIVA

A **Carta de Correção**, permite que o sujeito passivo efetue a regularização de erro ocorrido na emissão da NFS-e, **DESDE QUE O ERRO NÃO ESTEJA RELACIONADO COM:**

I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, valor das deduções, código de serviço, diferença de preço, quantidade e valor da prestação de serviços;
II - a correção de dados cadastrais que implique qualquer alteração do prestador ou tomador de serviços;
III - o número da nota e a data de emissão;
IV - a indicação de isenção ou imunidade relativa ao ISS;
V - a indicação da existência de ação judical relativa ao ISS;
VI - a indicação do local de incidência do ISS;
VII - a indicação da responsabilidade pelo recolhimento do ISS;
VIII - o número e a data de emissão do Recibo Provisório de Serviços - RPS.
A administração tributária poderá registrar quaisquer ocorrências na carta de correção.

Rendimento/

633-5

Recibo do Pagador

Beneficiário
17.819.084/0001-92 - PAGCERTO INSTITUICAO DE PAGAMENTO L

Vencimento
28/11/2024

Endereço do Beneficiário
RUA RIACHUELO 1200 SAO JOSE 49.015-160 ARACAJU/SE

Agência/Código Beneficiário
00019/000552062

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
29/10/2024	100006063518	DM	NAO	29/10/2024	00019/112/0044921342-2

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
2524986	CB SIMPLES	REAL		X	3.275,00

Informações de responsabilidade do beneficiário
MULTA DE 10,0000 % A PARTIR DE 29/11/2024.
MORA DE 2,0000 % A.M. A PARTIR DE 29/11/2024. Ref. a NF n 000626

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

Pagador **Associacao Hospitalar Beneficente do Bra** **CNPJ/CPF: 45.349.461/0019-31**
Rua Ana Cintra, 332
Jardim Primavera 13.901-310 Amparo/SP

Beneficiário Final **BAKKEN HOSPITALAR LTDA** **CNPJ/CPF: 43.944.092/0001-70**
Rua Nelson de Souza Barbara, 747 Jardim Santa Genebra 13.080-260 Campinas/SP

Autenticação Mecânica

Rendimento/

633-5

Ficha de Caixa

Beneficiário
17.819.084/0001-92 - PAGCERTO INSTITUICAO DE PAGAMENTO L

Agência/Código Beneficiário
00019/000552062

Vencimento
28/11/2024

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
29/10/2024	100006063518	DM	NAO	29/10/2024	00019/112/0044921342-2

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
2524986	CB SIMPLES	REAL		X	3.275,00

Informações de responsabilidade do beneficiário
MULTA DE 10,0000 % A PARTIR DE 29/11/2024.
MORA DE 2,0000 % A.M. A PARTIR DE 29/11/2024. Ref. a NF n 000626

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

Pagador **Associacao Hospitalar Beneficente do Bra**
Beneficiário Final **BAKKEN HOSPITALAR LTDA**

Autenticação Mecânica

Rendimento/

633-5 63390.00116 12252.498600 04492.134228 7 99140000327500

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM TODA REDE BANCÁRIA

Vencimento
28/11/2024

Beneficiário
17.819.084/0001-92 - PAGCERTO INSTITUICAO DE PAGAMENTO L

Agência/Código Beneficiário
00019/000552062

Data Documento	Nº Documento	Espécie Documento	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
29/10/2024	100006063518	DM	NAO	29/10/2024	00019/112/0044921342-2

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
2524986	CB SIMPLES	REAL		X	3.275,00

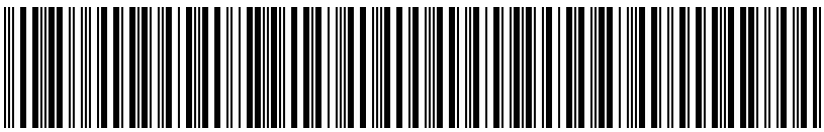
Informações de responsabilidade do beneficiário
MULTA DE 10,0000 % A PARTIR DE 29/11/2024.
MORA DE 2,0000 % A.M. A PARTIR DE 29/11/2024. Ref. a NF n 000626

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

Pagador **Associacao Hospitalar Beneficente do Bra** **CNPJ/CPF: 45.349.461/0019-31**
Rua Ana Cintra, 332
Jardim Primavera 13.901-310 Amparo/SP

Beneficiário Final **BAKKEN HOSPITALAR LTDA** **CNPJ/CPF: 43.944.092/0001-70**

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**



RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8976	ACILEY TUANI VICHINHSK	462.583.658-17	18304-0	530,99
8979	ALEX HENRIQUE GONCALVES	426.718.018-07	24890-8	250,44
8977	ALICE CRISTINA GALIMBERTI BLEM	369.276.088-42	24451-1	521,94
8978	ALINE CAMILA ROSA MALAFATTI	375.813.788-88	24460-0	291,67
8980	ANA CLAUDIA BEZERRA DA SILVA	439.114.488-30	24805-3	251,85
8956	ANA LAURA MARGUTTI VISENTAINE	418.647.908-90	24911-4	298,53
8981	ANA PAULA MARQUES	168.049.138-50	24449-X	345,53
8969	ANGÉLICA BARBOSA GOMES	328.639.848-96	113788-3	108,35
8983	BIANCA LUIZA QUADRELLI	508.897.608-96	23.079-0	297,07
8957	BRUNA MARIA DE SOUZA DENARDI	453.863.528-65	106604-8	720,65
8984	CARLOS ROBERTO TEIXEIRA	071.079.588-28	12913-5	347,39
8985	CIBELE DE SOUZA LIMA	492.203.268-17	24468-6	297,07
8986	CINTIA APARECIDA MENDES	351.513.648-71	109.280-4	626,57
9046	CLAUDIA CAMILLO DE OLIVEIRA	440.297.948-07	25190-9	80,52
8987	DANIELA ANSELMO	322.272.888-76	24459-7	481,19
8989	EDSON BARBOSA DA SILVA	301.261.148-70	106521-1	1.087,90
9048	ELISANGELA DE CÁSSIA PERILI	306.204.018-18	38713-4	156,65
8990	EMMANUEL RAFAEL NOGUEIRA	368.403.638-21	21691-7	520,74
8991	EVA ROSANGELA RODRIGUES COEL	422.254.098-62	24824-x	286,26
8992	FERNANDA RAMOS SOSSAI	324.321.408-42	24465-1	468,06
8995	FLAVIA APARECIDA FERREIRA DA S	440.092.538-27	24.450-3	354,22
8994	JESSICA MARIANO	361.762.858-36	198.938-3	631,19
8964	JONATHAN EMANOEL AUGUSTO	118.955.996-01	24932-7	84,06
9064	JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA	118.605.128-01	110347-4	84,06
8997	JOSEFA ALEXANDRE DA SILVA	334.455.548-03	24476-7	335,80
8968	JULIANA MODOLO	327.512.478-14	17899-3	108,35
8998	LAIS GOMES PACANHELA PIRES	493.205.458-04	24.463-5	351,41
8999	LORRAINE DE OLIVEIRA DA SILVA	460.065.618-08	24452-X	344,40
9000	LUANA SANTANA DA SILVA FERREIF	454.204.788-11	25007-4	702,36
9001	MAERCIO APARECIDO DA SILVA	123.437.728-43	24443-0	749,44
8965	MAILA CAROLINA FERNANDES DOS	346.768.348-70	24928-9	80,52
9002	MARCIA DO NASCIMENTO CARVALH	009.973.246-78	18486-1	335,80
9003	MARCIA RENATA SANTAROSA	252.166.938-58	24113-X	323,19
9008	MONICA BENTO	139.522.488-94	21039-0	433,54
9017	NAILSON FONSECA TEIXEIRA	067.377.925-45	24470-8	357,59
9018	RAPHAEL BULHOES CORVINO	333.109.078-64	24447-3	391,36
9020	RAQUEL APARECIDA PEREIRA	313.893.298-36	19391-7	433,54
9019	RENATO BRANDAO DE OLIVEIRA	466.751.008-07	24453-8	400,51
9021	RIAN PIRES DA SILVA	475.599.398-99	24455-4	291,67
9022	RICARDO ALONSO DARONCO	168.048.938-08	24.442-2	291,67
8962	ROBERTA MARTINS BENEDITO	367.664.938-95	24929-7	169,86
9023	RODRIGO GERVASIO PEDRO	175.584.068-38	24454-6	398,40
9026	SARA SUZART DE SOUZA	364.682.208-23	24469-4	353,23
9047	SCHAIANE APARECIDA DE FREITAS	366.964.118-10	117472-x	174,27
9028	TAMIRES APARECIDA PEREIRA	392.038.808-95	24.475-9	322,07
9029	THAIS CRISTINA ANTONIO BARZON	379.610.008-28	107450-4	235,72
8960	THAYNA FRANCISQUELLI ZANIN	389.660.238-19	106203-4	722,11
9030	UIVER EDUARDO RAMIRO GASPARI	510.695.488-63	24462-7	291,67
9031	VERA LUCIA MARQUESAN	276.718.848-04	24472-4	335,80
9032	VICTORIA HELENA MARGUTTI MEN	365.833.008-26	24458-9	291,67
9005	ZENILDA PEREIRA DOS SANTOS	160.790.708-98	24474-0	433,54
	Empregados: 51 Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa:	18.782,39

SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, 28/11/2024 Responsável: _____

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

Empresa:

Página:
Emissão:
Horas:

Cálculo:
Competência:

EXTRATO MENSAL

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2024 - AUTOATENDIMENTO - 16.08.44
3062703062 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 4376-1 - SICOOB CREDICUCAR
CONTA: 51.421-7

FAVORECIDO: ALESSANDRA DA SILVA HOLLAND
CPF/CNPJ: 317.222.358-29
VALOR: R$ 303,44
DEBITO EM: 28/11/2024
==========
DOCUMENTO: 112801
AUTENTICACAO SISBB: E.E76.C9A.13C.E61.7F4

PAGAMENTO EM DINHEIRO

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
9053	ALESSANDRA DA SILVA HOLLAND	317.222.358-29	303,44

Empregados: 1 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 303,44

SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS, 28/11/2024 Responsável: _____

CONTRATO DE GESTÃO N° 89/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/12/2024 - AUTOATENDIMENTO - 16.08.44
3062703062 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.470-9

==========

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202411281739583265975l2
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0021-56
VALOR: R$1.880,00
TARIFA: R$10,00
DATA: 28/11/2024 - 15:27:30

PAGO PARA: Pmp Produtos Medicos
CNPJ: 54.719.688/0001-93
CHAVE PIX: 54719688000193
INSTITUICAO: 00360305 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 2949 - CONTA: 12920000005789258332
TIPO DE CONTA: Conta Corrente

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%, com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo poderá ser consultado no BBDPJ.

Notificacao enviada em: 28/11/2024 - 15:27:31

==========

DOCUMENTO: 112802
AUTENTICACAO SISBB: 0.3AE.08C.FA9.E11.2A9

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal: 12

Dados do Prestador de Serviço

Pmp Produtos Medicos Paulista Ltda
Pmp Produtos Medicos
Rua Madre Francesinha,38 - Vila Virgínia
CEP 14030-488 - Fone: (16)9186-4340 - Ribeirão Preto/ SP
promedirp@gmail.com
Inscrição Municipal 20921273 - CPF/CNPJ 54.719.688/0001-93

Data de Geração da NFS-e: **04/10/2024 14:10:24**
Data de Competência: **04/10/2024**
Cód. de Autenticidade: **A49FC6C14**
Responsável pela Retenção:

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
Exigível			

Local dos Serviços	Município Incidência
Ribeirão Preto - São Paulo	Ribeirão Preto - São Paulo

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 45.349.461/0001-02
IM :
Razão Social : Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil
Endereço : Rua Sete de Setembro
Número : 529
Complemento :
Bairro : Centro
CEP : 16210-000
Cidade/UF : Bilac/ SP
Telefone : (98)3532-5198
E-mail :

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ	Inscrição Municipal	Razão Social

Descrição dos Serviços

01 Bomba de infusão 48195L/11 – substituição do sensor de linha, revisão geral SAMTRONIC 840,00 840,00
01 Bomba de infusão 48188L/11 Recuperação da base da tampa frontal, revisão geral SAMTRONIC 870,00 870,00
01 Bomba de infusão 33885L/10 Recuperação do suporte do motor, revisão geral SAMTRONIC 810,00 810,00
01 Bomba de infusão 48196L/11 Substituição da tampa frontal completa, sensor de linha, suporte da tampa frontal, revisão geral SAMTRONIC 1650,00 1.650,00
03 Monitores Samtronic Revisão geral SAMTRONIC 490,00 1.470,00

Condição de pagamento em 3 vezes no boleto.

Contrato de gestão 089/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Santa Cruz das Palmeiras.
Endereço de entrega Rua Jovino Martins da Silva numero 260, Jardim São Carlos -
Santa Cruz das Palmeiras - SP. Posto de Atendimento Imediado (PAI).

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. NBS	Cód. CNAE
140201 - Assistencia Tecnica -	**2,00**	1401		3313999

Vl. Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 5.640,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 5.640,00	R$ 112,80	Não	R$ 0,00

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	Vl. ISSQN Retido	Vl. Líquido da Nota Fiscal
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ **5.640,00**

Construção Civil | **Cód. Obra :** | **Art. :**

Informações Adicionais

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e
Número da Nota Fiscal: 12

Dados do Prestador de Serviço

Pmp Produtos Medicos Paulista Ltda
Pmp Produtos Medicos
Rua Madre Francesinha,38 - Vila Virgínia
CEP 14030-488 - Fone: (16)9186-4340 - Ribeirão Preto/ SP
promedirp@gmail.com
Inscrição Municipal 20921273 - CPF/CNPJ 54.719.688/0001-93

Data de Geração da NFS-e: **04/10/2024 14:10:24**
Data de Competência: **04/10/2024**
Cód. de Autenticidade: **A49FC6C14**
Responsável pela Retenção:

Carta de Correção Eletrônica - CC-e

Natureza da Operação	Data de Emissão da NFS-e	Data de Emissão da CC-e	Numero da CC-e
Exigível	04/10/2024 14:10:24	26/11/2024 16:27:54	1

Local dos Serviços	Município Incidência
Ribeirão Preto - São Paulo	Ribeirão Preto - São Paulo

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF :	45.349.461/0001-02	**IM :**	
Razão Social :	Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil		
Endereço :	Rua Sete de Setembro	**Número :**	529
Complemento :		**Bairro :**	Centro
CEP :	16210-000	**Cidade/UF :**	Bilac/ SP
Telefone :	(98)3532-5198	**E-mail :**	

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social

Descrição dos Serviços - Retificação

CORREÇÃO CONFORME OS DADOS A SEGUIR: CONTRATO DE GESTÃO 89/2024. ASSOCIACÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0021-56, LOGRADOURO: R JOVINO MARTINS DA SILVA, 260 - JARDIM SAO CARLOS, SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS - S P. CEP: 13.650-254.

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. NBS	Cód. CNAE
140201 - Assistencia Tecnica -	**2,00**	1401		3313999

Vl. Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 5.640,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 5.640,00	R$ 112,80	Não	R$ 0,00

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	Vl. ISSQN Retido	Vl. Líquido da Nota Fiscal
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ **5.640,00**

Construção Civil	Cód. Obra :	Art. :

Informações Adicionais

.
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

G3380408432656681
04/12/2024 08:54:04

Extrato de conta corrente

Cliente - Conta atual

Agência	3062-7
Conta corrente	37350-8ASSOCIACAO H B BRASIL
Período do extrato	11 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
31/10/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			10.101,55 C
01/11/2024		0000	14175	976 TED Transf.Eletr.Disponív	34.575.735	66.357,43 C	
				NR.PROC-00000000001000985592015502025 5			
01/11/2024		0000	14175	976 TED Transf.Eletr.Disponív	34.576.114	22.298,55 C	
				NR.PROC-00000000001000985592015502025 5			
01/11/2024		0000	12334	920 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.402.616.920.201	10.101,55 *	
01/11/2024		0000	12334	920 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.402.616.920.202	14.715,08 *	
01/11/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	553.062.000.037.470	72.195,95 D	
				01/11 17:49 ASSOCIACAO H B BRASIL			
01/11/2024		0000	11334	284 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.402.616.920.201	10.101,55 D	
01/11/2024		0000	11334	284 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.402.616.920.202	14.715,08 D	
01/11/2024		0000	13373	500 Transf Depósito Judicial	12.464.701.670.701	1.744,95 D	0,00 C
04/11/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	553.062.000.037.470	1.747,88 D	
				04/11 16:39 ASSOCIACAO H B BRASIL			
04/11/2024		0000	00000	798 BB Rende Fácil	9.903	1.747,88 C	0,00 C
				Rende Facil			
05/11/2024		0000	13373	500 Transf Depósito Judicial	12.498.417.580.401	30,18 D	
05/11/2024		0000	00000	798 BB Rende Fácil	9.903	30,18 C	0,00 C
				Rende Facil			
12/11/2024		0000	13373	500 Transf Depósito Judicial	12.405.526.290.601	0,04 D	
12/11/2024		0000	00000	798 BB Rende Fácil	9.903	0,04 C	0,00 C
				Rende Facil			
13/11/2024		0000	13373	500 Transf Depósito Judicial	12.460.557.530.501	50.492,59 D	
13/11/2024		0000	00000	798 BB Rende Fácil	9.903	50.492,59 C	0,00 C
				Rende Facil			
22/11/2024		0000	13373	500 Transf Depósito Judicial	12.410.836.530.501	245,55 D	
22/11/2024		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços	873.270.803.030.235	1,30 D	
				Cobrança referente a 18/11/2024			
22/11/2024		0000	00000	798 BB Rende Fácil	9.903	246,85 C	0,00 C
				Rende Facil			
29/11/2024		3341	99015	870 Transferência recebida	553.341.000.022.313	34.180,00 C	
				29/11 12:07 MUNICIPIO SAUDE			
29/11/2024		0000	12334	920 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.420.782.060.402	34.180,00 *	
29/11/2024		0000	11334	284 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.420.782.060.402	34.180,00 D	0,00 C
30/11/2024		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

*** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA ***

OBSERVAÇÕES:

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em 04/12/2024 R$ 72,50. Sujeito à cobrança quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agência.

G3380408432656681
04/12/2024 08:50:13

Extrato de conta corrente

Cliente - Conta atual

Agência	3062-7
Conta corrente	37470-9ASSOCIACAO H B BRASIL
Período do extrato	11 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
31/10/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			212.470,20 C
01/11/2024		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.000.037.350	72.195,95 C	
				01/11 17:49 ASSOCIACAO H B BRASIL			
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.255	2.460,36 D	
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.256	2.914,72 D	
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.274	4.450,39 D	
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.275	6.041,67 D	
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.276	2.736,41 D	
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.277	3.383,46 D	
01/11/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	33.278	2.668,60 D	
01/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.101	1.458,20 D	
				MED CENTER COMERCIAL LTDA			
01/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.102	1.564,31 D	
				MED CENTER COMERCIAL LTDA			
01/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.103	4.672,20 D	
				DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUT			
01/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.104	1.238,99 D	
				FUTURA COM PROD MEDICOS			
01/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.105	508,55 D	
				FUTURA COM PROD MEDICOS			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.106	407,49 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.107	169,71 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.108	218,49 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.109	168,55 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.110	157,16 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.111	175,77 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	144 Pix - Enviado	110.112	287,87 D	
				01/11 14:22 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
01/11/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.113	3.000,00 D	
				341 1751 053504385000190 NUMERA ASSESS			
01/11/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.114	2.000,00 D	
				341 0049 042160334000172 TH MANUTENCAO			
01/11/2024		0000	13113	258 Tarifa Pix Enviado	843.061.100.251.956	11,98 D	243.971,27 C
				Tar. agrupadas - ocorrencia 31/10/2024			
04/11/2024		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.000.037.350	1.747,88 C	
				04/11 16:39 ASSOCIACAO H B BRASIL			
04/11/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.401	5.000,00 D	
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
04/11/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	110.402	110,65 D	
				756 4376 003252819000134 EDSON JOSE BO			
04/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.403	502,92 D	
				ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD			
04/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.404	1.265,06 D	
				ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD			
04/11/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	110.405	686,25 D	

			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.406	702,90	D	
			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.407	1.182,36	D	
			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.408	1.255,94	D	
			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.409	660,00	D	
			CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR L					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.410	288,44	D	
			ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIR					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.411	516,00	D	
			MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADE					
04/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.412	1.690,97	D	
			S E COMERCIO DE PRODUTOS QUIMI					
04/11/2024	0000	13105	144 Pix - Enviado		110.413	1.016,00	D	
			04/11 16:40 PRECISION COMERCIAL DISTRI					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.270		5,82	D	
			Cobrança referente 01/11/2024					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.271		4,92	D	
			Cobrança referente 01/11/2024					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.272		5,33	D	
			Cobrança referente 01/11/2024					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.273		6,76	D	
			Cobrança referente 01/11/2024					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.274		5,47	D	
			Cobrança referente 01/11/2024					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.275		12,08	D	
			Cobrança referente 01/11/2024					
04/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.090.700.110.276		8,90	D	230.792,38 C
			Cobrança referente 01/11/2024					
05/11/2024	3341	99015	870 Transferência recebida	553.341.000.019.918		384.469,15	C	
			05/11 14:18 SP 354630 FMS CUSTEIO SU					
05/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		110.501	3.993,32	D	611.268,21 C
			PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTA LTDA					
06/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	553.198.000.019.590		5.000,00	D	
			06/11 14:27 CHRISTIANE A					
06/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	553.341.000.024.810		5.000,00	D	
			06/11 14:27 56.425.041 V COLETTI					
06/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	556.805.000.040.221		1.912,29	D	
			06/11 15:38 MARIANA B M S M LTDA					
06/11/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento		38.370	122.701,81	D	
06/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		110.601	304,00	D	
			756 3194 007508059000134 PATREZI MANIP					
06/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		110.602	1.442,01	D	
			748 0718 074398603000120 MARQUES E PAV					
06/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		110.603	587,94	D	
			748 0718 007046965000164 MICHELLE KATE					
06/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		110.604	12.000,00	D	
			260 0001 035816239000119 35.816.239 PA					
06/11/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	823.111.100.124.739		163,20	D	
			Cobrança referente 06/11/2024					
06/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	823.111.100.124.740		245,40	D	461.911,56 C
			Cobrança referente 06/11/2024					
07/11/2024	3341	99015	870 Transferência recebida	553.341.000.023.410		9.723,04	C	
			07/11 10:40 SP 354630 FMS ENFERMAGEM					
07/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	552.706.000.022.348		231,84	D	471.402,76 C
			07/11 14:57 CAROLINA RUFFO CASTRO					
08/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	554.271.000.019.632		2.862,00	D	
			08/11 14:53 TEX WORK UNIFORMES E EQU					
08/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		110.801	99,75	D	
			748 0718 074398603000120 MARQUES E PAV					
08/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		110.802	290.418,82	D	
			260 0001 051205875000160 AGNODIKE LTDA					
08/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.131.100.091.083		12,30	D	178.009,89 C

			Cobrança referente 08/11/2024				
11/11/2024	3341	99015	870 Transferência recebida	553.341.000.023.410	803,28 C		
			11/11 14:56 SP 354630 FMS ENFERMAGEM				
11/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	111.101	13,50 D		
			748 0718 074398603000120 MARQUES E PAV				
11/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	111.102	134,50 D		
			748 0718 032863134000122 SILMARA CRIST				
11/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	111.103	19.708,50 D		
			274 0001 029618586000134 JR PLUS DIAGN				
11/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	111.104	9.000,42 D		
			341 0032 025134494000128 TDR CONSERVAC				
11/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	111.105	30.250,00 D		
			403 0001 032851281000182 GUANDAPAR EMP				
11/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.106	300,00 D		
			SARTORI TECNOL DA INFORMACAO				
11/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.107	1.540,00 D		
			OXIGENIO PORTO FERREIRA				
11/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.108	3.281,95 D		
			QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA				
11/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.109	1.499,37 D		
			SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA				
11/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.110	277,50 D		
			CAMPMEDICAL C M CIR LTDA ME				
11/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.111	179,40 D		
			JALL SUPERMERCADO LTDA				
11/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	873.161.100.041.059	12,30 D		
			Cobrança referente 11/11/2024				
11/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	873.161.100.041.060	12,30 D		
			Cobrança referente 11/11/2024				
11/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	873.161.100.041.061	12,30 D		
			Cobrança referente 11/11/2024				
11/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	873.161.100.041.062	12,30 D		
			Cobrança referente 11/11/2024				
11/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	873.161.100.041.063	12,30 D	112.566,53 C	
			Cobrança referente 11/11/2024				
12/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.201	2.300,00 D		
			KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPIT				
12/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	111.202	24,90 D		
			756 4376 003252819000134 EDSON JOSE BO				
12/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	813.171.100.093.496	12,30 D	110.229,33 C	
			Cobrança referente 12/11/2024				
18/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.801	1.000,00 D		
			OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOS				
18/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.802	630,00 D		
			CPS COMERCIAL				
18/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.803	674,37 D		
			SISQUAL WORKFORCE M LTDA				
18/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.804	1.440,00 D		
			OXIGENIO PORTO FERREIRA				
18/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.805	236,16 D		
			MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DAS PA				
18/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	111.806	2.490,00 D		
			OXIGENIO PORTO FERREIRA				
18/11/2024	0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços	853.231.100.586.397	97,00 D	103.661,80 C	
			Cobrança referente 18/11/2024				
19/11/2024	3341	99015	870 Transferência recebida	553.341.000.022.313	360.000,00 C		
			19/11 11:15 MUNICIPIO SAUDE				
19/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	550.418.000.014.524	15.059,27 D		
			19/11 15:32 ORTOFISIO MED E FISI LTD				
19/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	550.418.000.014.524	24.729,47 D		
			19/11 15:32 ORTOFISIO MED E FISI LTD				
19/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	550.514.000.138.740	15.470,00 D		
			19/11 15:35 CLINICA M A S U LTDA				
19/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	550.918.000.021.725	8.530,97 D		
			19/11 15:35 DELDUQUE & MUFATO LTDA				

19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	552.589.000.024.788	6.210,00 D
				19/11 15:32 LAIS M P S MEDICOS LTDA		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	552.706.000.019.068	12.810,53 D
				19/11 15:35 DANIEL R L S M LTDA		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.062.000.036.829	11.080,56 D
				19/11 15:00 ASSOCIACAO B BRASIL		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.062.000.036.829	28.672,47 D
				19/11 15:00 ASSOCIACAO B BRASIL		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.062.000.036.829	13.987,86 D
				19/11 15:00 ASSOCIACAO B BRASIL		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.062.000.036.829	4.217,38 D
				19/11 15:00 ASSOCIACAO B BRASIL		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.062.000.036.829	9.249,18 D
				19/11 15:00 ASSOCIACAO B BRASIL		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.341.000.006.980	5.645,85 D
				19/11 15:32 C M SCANTAMBURLO SC LTDA		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.341.000.006.980	10.782,30 D
				19/11 15:32 C M SCANTAMBURLO SC LTDA		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.341.000.007.965	7.983,13 D
				19/11 15:35 C CAVALHEIRO SC LTDA		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	553.345.000.011.238	650,00 D
				19/11 15:35 MARIANA VIRGINIA VARIZE		
19/11/2024	3062	99015	470	Transferência enviada	556.805.000.040.221	2.231,00 D
				19/11 15:35 MARIANA B M S M LTDA		
19/11/2024	0000	13134	250	Folha de Pagamento	38.424	19.045,51 D
19/11/2024	0000	13134	250	Folha de Pagamento	38.737	1.234,70 D
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.901	11.742,36 D
				104 1198 011004562000120 CLAUDIA M. FI		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.902	13.498,04 D
				104 1198 011004562000120 CLAUDIA M. FI		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.903	18.623,97 D
				033 1581 021627283000176 GONCALVES E P		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.904	5.336,00 D
				033 0026 018061407000194 ELISEU APARIC		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.905	3.097,05 D
				033 3269 008787752000156 MARTINEZ E JA		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.906	12.550,68 D
				756 4376 056147245000109 RENATO GUSTAV		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.907	11.965,87 D
				104 1104 005684468000166 IMUNOCLIN CEN		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.908	5.896,21 D
				104 1104 005684468000166 IMUNOCLIN CEN		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.909	2.390,35 D
				756 5032 016677648000137 ALB GINECOLOG		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.910	43.478,83 D
				756 5032 016677648000137 ALB GINECOLOG		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.911	12.763,60 D
				237 0148 066661281000131 ARS PUERI SER		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.912	5.338,48 D
				237 0148 066661281000131 ARS PUERI SER		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.913	4.083,40 D
				748 0718 036096795000120 CAROLINA FOLI		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.914	27.293,31 D
				104 1198 012442784000197 J. C. M. M. C		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.915	13.656,67 D
				104 1198 005400789000191 CLINICA JEM M		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.916	5.438,51 D
				756 4376 005400846000132 MARCELO BENIN		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.917	6.505,20 D
				033 0170 018893616000102 EDER ZORZI FI		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.918	6.748,00 D
				756 3194 004924496000140 CLINICA RAMAZ		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.919	1.159,04 D
				033 3765 013273165000189 CASA BRANCA -		
19/11/2024	0000	13105	393	TED Transf.Eletr.Disponiv	111.920	4.075,58 D

			104 1198 014700312000112 ARLINDO DE OL				
19/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		111.921	3.984,00 D	
			756 3188 028709037000102 SO SAUDE CLIN				
19/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		111.922	5.070,80 D	
			756 3188 028709037000102 SO SAUDE CLIN				
19/11/2024	0000	13105	144 Pix - Enviado		111.923	2.639,96 D	
			19/11 15:58 CAIXA ECONOMICA FEDERAL				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.945		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.946		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.947		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.948		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.949		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.950		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.951		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.952		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.953		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.954		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.955		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.956		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.957		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.958		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.959		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.960		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.961		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.962		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.963		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.964		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.965		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.241.100.138.966		12,30 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	833.241.100.198.321		3,40 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	833.241.100.198.322		10,20 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	833.241.100.198.323		2,46 D	
			Cobrança referente 19/11/2024				
19/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	833.241.100.198.324		38,09 D	38.410,96 C
			Cobrança referente 19/11/2024				
21/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.101	7.884,60 D	
			341 0554 028070436000176 INTEGRAL NUTT				
21/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.102	8.039,31 D	
			756 4376 005635231000195 OLIVEIRA E OL				
21/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		112.103	10.920,00 D	
			BENEFICIOS UPS LTDA				

21/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		112.104	459,75 D	
			53 312 808 RICARDO DE SOUZA				
21/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		112.105	608,96 D	
			DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUT				
21/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		112.106	734,90 D	
			BANCO SOFISA S/A				
21/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.261.100.223.498		12,30 D	
			Cobrança referente 21/11/2024				
21/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.261.100.223.499		12,30 D	9.738,84 C
			Cobrança referente 21/11/2024				
22/11/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento		25.721	154,38 D	
22/11/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	813.271.100.223.771		3,40 D	
			Cobrança referente 22/11/2024				
22/11/2024	0000	13113	170 Tar Lib/Ant Float Pg Sal	813.271.100.223.772		0,30 D	9.580,76 C
			Cobrança referente 22/11/2024				
25/11/2024	3341	99015	870 Transferência recebida	553.341.000.022.313		352.635,82 C	
			25/11 15:16 MUNICIPIO SAUDE				
25/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.501	8.093,05 D	
			104 1198 052157930000157 LABORATORIO D				
25/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.502	8.360,65 D	
			104 1198 056784424000149 IRMANDADE DO				
25/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.503	543,50 D	
			104 1198 056784424000149 IRMANDADE DO				
25/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.504	8.460,08 D	
			104 1198 056784424000149 IRMANDADE DO				
25/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.505	6.000,00 D	
			104 1198 056784424000149 IRMANDADE DO				
25/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	883.301.100.068.746		12,30 D	
			Cobrança referente 25/11/2024				
25/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	883.301.100.068.747		12,30 D	
			Cobrança referente 25/11/2024				
25/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	883.301.100.068.748		12,30 D	
			Cobrança referente 25/11/2024				
25/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	883.301.100.068.749		12,30 D	
			Cobrança referente 25/11/2024				
25/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	883.301.100.068.750		12,30 D	330.697,80 C
			Cobrança referente 25/11/2024				
27/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.701	384,00 D	
			260 0001 043053041000159 43.053.041 DA				
27/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		112.702	7.200,00 D	
			VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SO				
27/11/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto		112.703	3.275,00 D	
			PAGCERTO INSTITUICAO DE PAGAME				
27/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	833.321.100.167.029		12,30 D	319.826,50 C
			Cobrança referente 27/11/2024				
28/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	553.062.007.004.231		22.298,55 D	
			28/11 15:07 ASSOCIACAO H B BRASIL				
28/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	553.062.007.004.231		15.242,82 D	
			28/11 15:07 ASSOCIACAO H B BRASIL				
28/11/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	553.062.007.004.231		137,19 D	
			28/11 17:05 ASSOCIACAO H B BRASIL				
28/11/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento		37.718	18.782,39 D	
28/11/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv		112.801	303,44 D	
			756 4376 31722235829 ALESSANDRA DA SIL				
28/11/2024	0000	13105	144 Pix - Enviado		112.802	1.880,00 D	
			28/11 15:27 PMP PRODUTOS MEDICOS				
28/11/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	893.331.200.022.270		12,30 D	
			Cobrança referente 28/11/2024				
28/11/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	893.331.200.085.686		173,40 D	
			Cobrança referente 28/11/2024				
28/11/2024	0000	13113	258 Tarifa Pix Enviado	893.331.200.228.147		10,00 D	260.986,41 C
			Tar. agrupadas - ocorrencia 28/11/2024				
30/11/2024	0000	00000	999 S A L D O				260.986,41 C

*** A CONTA NAO FOI MOVIMENTADA ***

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JG037509 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 3062-7	**Conta** 37350-8
Cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	**CNPJ** 45.349.461/0001-02

Resumo do mês - Novembro/2024

Saldo bruto em **31/10/2024**	R$ 52.479,90
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 52.517,54
IR sobre resgates no mês:	R$ 0,00
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 37,64
Saldo bruto em **29/11/2024**:	R$ 0,00

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
31/10/2024	Saldo Anterior	R$ 52.267,72	R$ 212,18	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
04/11/2024	Resgate	R$ 1.744,95	R$ 2,93	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 1.747,88
05/11/2024	Resgate	R$ 30,14	R$ 0,04	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 30,18
12/11/2024	Resgate	R$ 0,04	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,04
13/11/2024	Resgate	R$ 50.247,04	R$ 245,55	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 50.492,59
22/11/2024	Resgate	R$ 245,55	R$ 1,30	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 246,85
29/11/2024	Saldo Final	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

Impresso em 12/12/2024 às 13:42

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 3062-7	**Conta** 37470-9
Cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	**CNPJ** 45.349.461/0021-56

Resumo do mês - Novembro/2024

Saldo bruto em	R$ 0,00
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 0,00
IR sobre resgates no mês:	R$ 0,00
IOF sobre resgates no mês:	R$ 0,00
Rendimentos no mês:	R$ 0,00
Saldo bruto em :	R$ 0,00

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
31/10/2024	Saldo Anterior	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
29/11/2024	Saldo Final	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

* Rendimento desde o início da aplicação, referente ao capital resgatado.

Impresso em 12/12/2024 às 13:44

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	DESBLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	553.062.000.037.350		R$ 72.195,95	R$ 294.767,70
37.470-9	SILVIA APARECIDO PEDRO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.255	R$ 2.460,36		R$ 292.307,34
37.470-9	ZUMARA RODRIGUES NOGUEIRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.256	R$ 2.914,72		R$ 289.392,62
37.470-9	ANISIA GONCALVES DOS SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.274	R$ 4.450,39		R$ 284.942,23
37.470-9	FRANCISCO SOARES DOS SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.275	R$ 6.041,67		R$ 278.900,56
37.470-9	JOSE WILSON MARTINS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.276	R$ 2.736,41		R$ 276.164,15
37.470-9	MARCIO DE OLIVEIRA GONGALVES	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.277	R$ 3.383,46		R$ 272.780,69
37.470-9	PEDRO AUGUSTO JANUARIO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.278	R$ 2.668,60		R$ 270.112,09
37.470-9	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.101	R$ 1.458,20		R$ 268.653,89
37.470-9	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.102	R$ 1.564,31		R$ 267.089,58
37.470-9	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.103	R$ 4.672,20		R$ 262.417,38
37.470-9	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.104	R$ 1.238,99		R$ 261.178,39
37.470-9	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.105	R$ 508,55		R$ 260.669,84
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.106	R$ 407,49		R$ 260.262,35
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.107	R$ 169,71		R$ 260.092,64
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.108	R$ 218,49		R$ 259.874,15
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.109	R$ 168,55		R$ 259.705,60
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.110	R$ 157,16		R$ 259.548,44
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.111	R$ 175,77		R$ 259.372,67
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.112	R$ 287,87		R$ 259.084,80
37.470-9	NUMERA ASSESSORIA CONTABIL	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - CONT	RECURSOS HUMANOS (6)	110.113	R$ 3.000,00		R$ 256.084,80
37.470-9	TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	110.114	R$ 2.000,00		R$ 254.084,80
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	843.061.100.251.956	R$ 11,98		R$ 254.072,82
37.470-9	DESBLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	553.062.000.037.350		R$ 1.747,88	R$ 255.820,70
37.470-9	GESTARE SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - FIN	RECURSOS HUMANOS (6)	110.401	R$ 5.000,00		R$ 250.820,70
37.470-9	EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.402	R$ 110,65		R$ 250.710,05
37.470-9	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.403	R$ 502,92		R$ 250.207,13
37.470-9	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.404	R$ 1.265,06		R$ 248.942,07
37.470-9	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MÉDICOS	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.405	R$ 686,25		R$ 248.255,82
37.470-9	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.406	R$ 702,90		R$ 247.552,92
37.470-9	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.407	R$ 1.182,36		R$ 246.370,56
37.470-9	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MÉDICOS	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.408	R$ 1.255,94		R$ 245.114,62
37.470-9	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR L	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.409	R$ 660,00		R$ 244.454,62
37.470-9	ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.410	R$ 288,44		R$ 244.166,18

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADESIVAS LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.411	R$ 516,00		R$ 243.650,18
37.470-9	S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.412	R$ 1.690,97		R$ 241.959,21
37.470-9	PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MÉDICOS	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.413	R$ 1.016,00		R$ 240.943,21
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.270	R$ 5,82		R$ 240.937,39
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.271	R$ 4,92		R$ 240.932,47
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.272	R$ 5,33		R$ 240.927,14
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.273	R$ 6,76		R$ 240.920,38
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.274	R$ 5,47		R$ 240.914,91
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.275	R$ 12,08		R$ 240.902,83
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.276	R$ 8,90		R$ 240.893,93
37.470-9	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	RECEBIMENTO CONVÊNIO		553.341.000.019.918		R$ 384.469,15	R$ 625.363,08
37.470-9	PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTAS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.501	R$ 3.993,32		R$ 621.369,76
37.470-9	CHRISTIANE FONSECA SOCIEDADE INDIVIDUAL ADVOCACIA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - ADV	RECURSOS HUMANOS (6)	553.198.000.019.590	R$ 5.000,00		R$ 616.369,76
37.470-9	VALDIR COLETTI	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	553.341.000.024.810	R$ 5.000,00		R$ 611.369,76
37.470-9	MARIANA BAPTISTELLA MAZOTTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	556.805.000.040.221	R$ 1.912,29		R$ 609.457,47
37.470-9	FOLHA DE PAGAMENTO	FOLHA DE PAGAMENTO	RECURSOS HUMANOS (5)	38.370	R$ 122.701,81		R$ 486.755,66
37.470-9	PATREZI MANIPULACAO FARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTO	MEDICAMENTOS	110.601	R$ 304,00		R$ 486.451,66
37.470-9	MARQUES & PAVANI LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.602	R$ 1.442,01		R$ 485.009,65
37.470-9	MICHELLE KATARINE RIBEIRO PEDRA & CIA LTDA - ME	SERVIÇOS DE MONITORAMENTO E CONTROLE DE PRAGAS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	110.603	R$ 587,94		R$ 484.421,71
37.470-9	PATRICIA APARECIDA FRANCO	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	RECURSOS HUMANOS (6)	110.604	R$ 12.000,00		R$ 472.421,71
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	823.111.100.124.739	R$ 163,20		R$ 472.258,51
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	823.111.100.124.740	R$ 245,40		R$ 472.013,11
37.470-9	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	PISO DA ENFERMAGEM		553.341.000.023.410		R$ 9.723,04	R$ 481.736,15
37.470-9	CAROLINA RUFFO CASTRO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	RECURSOS HUMANOS (5)	552.706.000.022.348	R$ 231,84		R$ 481.504,31
37.470-9	TEX WORK UNIFORMES E EQUIPAMENTOS	UNIFORMES	RECURSOS HUMANOS (5)	554.271.000.019.632	R$ 2.862,00		R$ 478.642,31
37.470-9	MARQUES & PAVANI LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.801	R$ 99,75		R$ 478.542,56
37.470-9	AGNODIKE LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	110.802	R$ 290.418,82		R$ 188.123,74

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.131.100.091.083	R$ 12,30		R$ 188.111,44
37.470-9	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	PISO DA ENFERMAGEM		553.341.000.023.410		R$ 803,28	R$ 188.914,72
37.470-9	MARQUES & PAVANI LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.101	R$ 13,50		R$ 188.901,22
37.470-9	SILMARA CRISTINA FURTADO LUNARDI	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.102	R$ 134,50		R$ 188.766,72
37.470-9	JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - RX	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.103	R$ 19.708,50		R$ 169.058,22
37.470-9	TDR CONSERVAÇAO E MANUTENÇAO LTDA	LOCAÇÃO DE ENXOVAL HOSPITALAR HIGIENIZADO	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.104	R$ 9.000,42		R$ 160.057,80
37.470-9	GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.105	R$ 30.250,00		R$ 129.807,80
37.470-9	SARTORI TECNOLOGIA DA INFORMAÇAO LTDA ME	INTERNET	UTILIDADES PÚBLICAS	111.106	R$ 300,00		R$ 129.507,80
37.470-9	OXIPORTO GASES INDUSTRIAIS	GASES MEDICINAIS	MEDICAMENTOS	111.107	R$ 1.540,00		R$ 127.967,80
37.470-9	QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.108	R$ 3.281,95		R$ 124.685,85
37.470-9	SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.109	R$ 1.499,37		R$ 123.186,48
37.470-9	CAMPMEDICAL COMERCIO MATERIAL CIRURGICO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	111.110	R$ 277,50		R$ 122.908,98
37.470-9	JALL SUPERMERCADO LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.111	R$ 179,40		R$ 122.729,58
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.059	R$ 12,30		R$ 122.717,28
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.060	R$ 12,30		R$ 122.704,98
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.061	R$ 12,30		R$ 122.692,68
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.062	R$ 12,30		R$ 122.680,38
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.063	R$ 12,30		R$ 122.668,08
37.470-9	KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	111.201	R$ 2.300,00		R$ 120.368,08
37.470-9	EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.202	R$ 24,90		R$ 120.343,18
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.171.100.093.496	R$ 12,30		R$ 120.330,88
37.470-9	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSPITALAR S.A	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.801	R$ 1.000,00		R$ 119.330,88
37.470-9	CPS COMERCIAL DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MEDICOS IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	111.802	R$ 630,00		R$ 118.700,88
37.470-9	SISQUAL WORKFORCE M LTDA	LOCAÇÃO DE SOFTWARE	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.803	R$ 674,37		R$ 118.026,51
37.470-9	OXIPORTO GASES INDUSTRIAIS	GASES MEDICINAIS	MEDICAMENTOS	111.804	R$ 1.440,00		R$ 116.586,51

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	ISS NOTA	ISS NOTA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.805	R$ 0,55		R$ 116.585,96
37.470-9	ISS NOTA	ISS NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.805	R$ 235,61		R$ 116.350,35
37.470-9	OXIPORTO GASES INDUSTRIAIS	GASES MEDICINAIS	MEDICAMENTOS	111.806	R$ 2.490,00		R$ 113.860,35
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	853.231.100.586.397	R$ 97,00		R$ 113.763,35
37.470-9	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	RECEBIMENTO CONVÊNIO		553.341.000.022.313		R$ 360.000,00	R$ 473.763,35
37.470-9	ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.418.000.014.524	R$ 15.059,27		R$ 458.704,08
37.470-9	ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.418.000.014.524	R$ 24.729,47		R$ 433.974,61
37.470-9	CLINICA MEDICA AQUINO SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.514.000.138.740	R$ 15.470,00		R$ 418.504,61
37.470-9	DELDUQUE & MUFATO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.918.000.021.725	R$ 8.530,97		R$ 409.973,64
37.470-9	LAIS MISKULIN PREARO SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	552.589.000.024.788	R$ 6.210,00		R$ 403.763,64
37.470-9	DANIEL RODRIGUES LEON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	552.706.000.019.068	R$ 12.810,53		R$ 390.953,11
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	553.062.000.036.829	R$ 11.080,56		R$ 379.872,55
37.470-9	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PIS/COFINS/CSLL	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	553.062.000.036.829	R$ 126,42		R$ 379.746,13
37.470-9	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PIS/COFINS/CSLL	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.062.000.036.829	R$ 28.546,05		R$ 351.200,08
37.470-9	INSS	RECOLHIMENTO INSS	RECURSOS HUMANOS (5)	553.062.000.036.829	R$ 13.987,86		R$ 337.212,22
37.470-9	IRRF FOLHA	IRRF FOLHA	RECURSOS HUMANOS (5)	553.062.000.036.829	R$ 4.217,38		R$ 332.994,84
37.470-9	CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.341.000.006.980	R$ 10.782,30		R$ 322.212,54
37.470-9	IRRF NOTA	IRRF - PJ	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.062.000.036.829	R$ 8.893,40		R$ 313.319,14
37.470-9	IRRF NOTA	IRRF - PJ	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	553.062.000.036.829	R$ 355,78		R$ 312.963,36
37.470-9	CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.341.000.006.980	R$ 5.645,85		R$ 307.317,51
37.470-9	CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA-ME	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.341.000.007.965	R$ 7.983,13		R$ 299.334,38
37.470-9	MARIANA VIRGINIA VARIZE - ME	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.345.000.011.238	R$ 650,00		R$ 298.684,38
37.470-9	MARIANA BAPTISTELLA MAZOTTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	556.805.000.040.221	R$ 2.231,00		R$ 296.453,38
37.470-9	MARINA SIMOES MINIERI	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	38.424	R$ 19.045,51		R$ 277.407,87
37.470-9	FOLHA DE PAGAMENTO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	RECURSOS HUMANOS (5)	38.737	R$ 1.234,70		R$ 276.173,17
37.470-9	CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.901	R$ 11.742,36		R$ 264.430,81
37.470-9	CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.902	R$ 13.498,04		R$ 250.932,77
37.470-9	GONÇALVES & PAIXAO CLINICA MEDICA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.903	R$ 18.623,97		R$ 232.308,80
37.470-9	ELISEU APARICIO DO AMPARO COZZA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.904	R$ 5.336,00		R$ 226.972,80
37.470-9	MARTINEZ E JALDIN MEDICOS ASSOCIADOS S/S LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.905	R$ 3.097,05		R$ 223.875,75
37.470-9	RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SERVIÇOS MEDICOS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.906	R$ 12.550,68		R$ 211.325,07
37.470-9	IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINAÇÃO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.907	R$ 11.965,87		R$ 199.359,20
37.470-9	IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINAÇÃO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.908	R$ 5.896,21		R$ 193.462,99
37.470-9	ALB GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.909	R$ 2.390,35		R$ 191.072,64
37.470-9	ALB GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.910	R$ 43.478,83		R$ 147.593,81

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.911	R$ 12.763,60		R$ 134.830,21
37.470-9	ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.912	R$ 5.338,48		R$ 129.491,73
37.470-9	CAROLINA FOLINI	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.913	R$ 4.083,40		R$ 125.408,33
37.470-9	J. C. M. M. CLINICA MÉDICA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.914	R$ 27.293,31		R$ 98.115,02
37.470-9	CLINICA JEM MARANGON LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.915	R$ 13.656,67		R$ 84.458,35
37.470-9	MARCELO BENINI BEZZAN & CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.916	R$ 5.438,51		R$ 79.019,84
37.470-9	EDER ZORZI FITNESS EIRELI	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.917	R$ 6.505,20		R$ 72.514,64
37.470-9	CLINICA RAMAZOTTI FISIOTERAPIA E REABIL.S/CLTDA	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.918	R$ 6.748,00		R$ 65.766,64
37.470-9	CASA BRANCA - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA AREA DE SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.919	R$ 1.159,04		R$ 64.607,60
37.470-9	ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.920	R$ 4.075,58		R$ 60.532,02
37.470-9	SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.921	R$ 3.984,00		R$ 56.548,02
37.470-9	SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.922	R$ 5.070,80		R$ 51.477,22
37.470-9	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	111.923	R$ 2.639,96		R$ 48.837,26
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.945	R$ 12,30		R$ 48.824,96
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.946	R$ 12,30		R$ 48.812,66
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.947	R$ 12,30		R$ 48.800,36
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.948	R$ 12,30		R$ 48.788,06
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.949	R$ 12,30		R$ 48.775,76
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.950	R$ 12,30		R$ 48.763,46
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.951	R$ 12,30		R$ 48.751,16
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.952	R$ 12,30		R$ 48.738,86
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.953	R$ 12,30		R$ 48.726,56
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.954	R$ 12,30		R$ 48.714,26
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.955	R$ 12,30		R$ 48.701,96
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.956	R$ 12,30		R$ 48.689,66
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.957	R$ 12,30		R$ 48.677,36
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.958	R$ 12,30		R$ 48.665,06

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.959	R$ 12,30		R$ 48.652,76
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.960	R$ 12,30		R$ 48.640,46
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.961	R$ 12,30		R$ 48.628,16
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.962	R$ 12,30		R$ 48.615,86
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.963	R$ 12,30		R$ 48.603,56
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.964	R$ 12,30		R$ 48.591,26
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.965	R$ 12,30		R$ 48.578,96
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.966	R$ 12,30		R$ 48.566,66
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.321	R$ 3,40		R$ 48.563,26
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.322	R$ 10,20		R$ 48.553,06
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.323	R$ 2,46		R$ 48.550,60
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.324	R$ 38,09		R$ 48.512,51
37.470-9	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS LTDA	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	112.101	R$ 7.884,60		R$ 40.627,91
37.470-9	OLIVEIRA & OLIVEIRA ANALISES CLINICAS LTDA - ME	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.102	R$ 8.039,31		R$ 32.588,60
37.470-9	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	112.103	R$ 10.920,00		R$ 21.668,60
37.470-9	RICARDO DE SOUZA - L3 TECNOLOGIA	SERVIÇOS TÉCNICO DE TELECOMUNICAÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	112.104	R$ 459,75		R$ 21.208,85
37.470-9	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTO	MEDICAMENTOS	112.105	R$ 608,96		R$ 20.599,89
37.470-9	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	112.106	R$ 734,90		R$ 19.864,99
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.261.100.223.498	R$ 12,30		R$ 19.852,69
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.261.100.223.499	R$ 12,30		R$ 19.840,39
37.470-9	DANILO DE LIMA OLIVEIRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	25.721	R$ 154,38		R$ 19.686,01
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.271.100.223.771	R$ 3,40		R$ 19.682,61
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.271.100.223.772	R$ 0,30		R$ 19.682,31
37.470-9	MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	RECEBIMENTO CONVÊNIO		553.341.000.022.313		R$ 352.635,82	R$ 372.318,13
37.470-9	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS STA CRUZ S/C LTDA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.501	R$ 8.093,05		R$ 364.225,08
37.470-9	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.502	R$ 8.360,65		R$ 355.864,43

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.470-9	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.503	R$ 543,50		R$ 355.320,93
37.470-9	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.504	R$ 8.460,08		R$ 346.860,85
37.470-9	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	PLANTÃO SOBREAVISO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.505	R$ 6.000,00		R$ 340.860,85
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.746	R$ 12,30		R$ 340.848,55
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.747	R$ 12,30		R$ 340.836,25
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.748	R$ 12,30		R$ 340.823,95
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.749	R$ 12,30		R$ 340.811,65
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.750	R$ 12,30		R$ 340.799,35
37.470-9	43.053.041 DAIANE IGNACIO DE OLIVEIRA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	112.701	R$ 384,00		R$ 340.415,35
37.470-9	VAGNER B S S L GERADORES	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	LOCAÇÕES DIVERSAS	112.702	R$ 7.200,00		R$ 333.215,35
	BAKKEN HOSPITALAR LTDA	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	112.703	R$ 200,00		R$ 333.015,35
37.470-9	BAKKEN HOSPITALAR LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	112.703	R$ 3.075,00		R$ 329.940,35
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.321.100.167.029	R$ 12,30		R$ 329.928,05
37.470-9	ASSOCIAÇÃO H B BRASIL	TRANSFERÊNCIA	OUTROS CONVÊNIOS	553.062.007.004.231	R$ 22.298,55		R$ 307.629,50
37.470-9	ASSOCIAÇÃO H B BRASIL	TRANSFERÊNCIA	OUTROS CONVÊNIOS	553.062.007.004.231	R$ 15.242,82		R$ 292.386,68
37.470-9	ASSOCIAÇÃO H B BRASIL	TRANSFERÊNCIA	OUTROS CONVÊNIOS	553.062.007.004.231	R$ 137,19		R$ 292.249,49
37.470-9	FOLHA DE PAGAMENTO	PAGAMENTO DE 13°	RECURSOS HUMANOS (5)	37.718	R$ 18.782,39		R$ 273.467,10
37.470-9	ALESSANDRA DA SILVA HOLLAND	PAGAMENTO DE 13°	RECURSOS HUMANOS (5)	112.801	R$ 303,44		R$ 273.163,66
37.470-9	PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTAS LTDA	MANUTENÇÃO EM EQUIPAMENTOS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	112.802	R$ 1.880,00		R$ 271.283,66
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	893.331.200.022.270	R$ 12,30		R$ 271.271,36
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	893.331.200.085.686	R$ 173,40		R$ 271.097,96
37.470-9	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	893.331.200.228.147	R$ 10,00		R$ 271.087,96
37.350-8	DESBLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTROS CONVÊNIOS	34.575.735		R$ 15.380,01	R$ 286.467,97
	DESBLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	34.575.735		R$ 50.977,42	R$ 337.445,39
37.350-8	DESBLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTROS CONVÊNIOS	34.576.114		R$ 22.298,55	R$ 359.743,94
37.350-8	ASSOCIAÇÃO H B BRASIL	TRANSFERÊNCIA		553.062.000.000.000	R$ 72.195,95		R$ 287.547,99
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.402.600.000.000	R$ 10.101,55		R$ 277.446,44
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.402.600.000.000	R$ 14.715,08		R$ 262.731,36

CONTA CORRENTE	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo- Exercicio
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.464.700.000.000	R$ 1.744,95		R$ 260.986,41
37.350-8	ASSOCIAÇÃO H B BRASIL	TRANSFERÊNCIA		553.062.000.000.000	R$ 1.747,88		R$ 259.238,53
37.350-8	BB RF SIMPLES ÁGIL	RESGATE APLICAÇÃO		9.903		R$ 1.747,88	R$ 260.986,41
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.498.400.000.000	R$ 30,18		R$ 260.956,23
37.350-8	BB RF SIMPLES ÁGIL	RESGATE APLICAÇÃO		9.903		R$ 30,18	R$ 260.986,41
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.405.500.000.000	R$ 0,04		R$ 260.986,37
37.350-8	BB RF SIMPLES ÁGIL	RESGATE APLICAÇÃO		9.903		R$ 0,04	R$ 260.986,41
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.460.600.000.000	R$ 50.492,59		R$ 210.493,82
37.350-8	BB RF SIMPLES ÁGIL	RESGATE APLICAÇÃO		9.903		R$ 50.492,59	R$ 260.986,41
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.410.800.000.000	R$ 245,55		R$ 260.740,86
37.350-8	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.271.000.000.000	R$ 1,30		R$ 260.739,56
37.350-8	BB RF SIMPLES ÁGIL	RESGATE APLICAÇÃO		9.903		R$ 246,85	R$ 260.986,41
37.350-8	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DAS PALMEIRAS	RECEBIMENTO CONVÊNIO		553.341.000.000.000		R$ 34.180,00	R$ 295.166,41
37.350-8	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.420.800.000.000	R$ 34.180,00		R$ 260.986,41

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	01/11/2024	SILVIA APARECIDO PEDRO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.255	R$ 2.460,36
37.470-9	01/11/2024	ZUMARA RODRIGUES NOGUEIRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.256	R$ 2.914,72
37.470-9	01/11/2024	ANISIA GONCALVES DOS SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.274	R$ 4.450,39
37.470-9	01/11/2024	FRANCISCO SOARES DOS SANTOS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.275	R$ 6.041,67
37.470-9	01/11/2024	JOSE WILSON MARTINS	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.276	R$ 2.736,41
37.470-9	01/11/2024	MARCIO DE OLIVEIRA GONGALVES	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.277	R$ 3.383,46
37.470-9	01/11/2024	PEDRO AUGUSTO JANUARIO	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	33.278	R$ 2.668,60
37.470-9	01/11/2024	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.101	R$ 1.458,20
37.470-9	01/11/2024	MED CENTER COMERCIAL LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.102	R$ 1.564,31
37.470-9	01/11/2024	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.103	R$ 4.672,20
37.470-9	01/11/2024	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.104	R$ 1.238,99
37.470-9	01/11/2024	FUTURA COMERCIO DE PRODUTOS MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.105	R$ 508,55
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.106	R$ 407,49
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.107	R$ 169,71
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.108	R$ 218,49
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.109	R$ 168,55
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.110	R$ 157,16
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.111	R$ 175,77
37.470-9	01/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	110.112	R$ 287,87
37.470-9	01/11/2024	NUMERA ASSESSORIA CONTABIL	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - CONT	RECURSOS HUMANOS (6)	110.113	R$ 3.000,00
37.470-9	01/11/2024	TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	110.114	R$ 2.000,00
37.470-9	01/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	843.061.100.251.956	R$ 11,98
37.470-9	04/11/2024	GESTARE SERVIÇOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - FIN	RECURSOS HUMANOS (6)	110.401	R$ 5.000,00
37.470-9	04/11/2024	EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.402	R$ 110,65
37.470-9	04/11/2024	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.403	R$ 502,92
37.470-9	04/11/2024	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTD	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.404	R$ 1.265,06
37.470-9	04/11/2024	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MÉDICOS	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.405	R$ 686,25
37.470-9	04/11/2024	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.406	R$ 702,90
37.470-9	04/11/2024	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.407	R$ 1.182,36
37.470-9	04/11/2024	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MÉDICOS	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.408	R$ 1.255,94
37.470-9	04/11/2024	CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR L	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.409	R$ 660,00

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	04/11/2024	ADRIANA DEL VECCHIO DE OLIVEIRA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.410	R$ 288,44
37.470-9	04/11/2024	MASTER ROTULOS E ETIQUETAS ADESIVAS LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.411	R$ 516,00
37.470-9	04/11/2024	S. E. COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS DE BAURU LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.412	R$ 1.690,97
37.470-9	04/11/2024	PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MÉDICOS	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	110.413	R$ 1.016,00
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.270	R$ 5,82
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.271	R$ 4,92
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.272	R$ 5,33
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.273	R$ 6,76
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.274	R$ 5,47
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.275	R$ 12,08
37.470-9	04/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.090.700.110.276	R$ 8,90
37.470-9	05/11/2024	PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTAS LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	110.501	R$ 3.993,32
37.470-9	06/11/2024	CHRISTIANE FONSECA SOCIEDADE INDIVIDUAL ADVOCACIA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - ADV	RECURSOS HUMANOS (6)	553.198.000.019.590	R$ 5.000,00
37.470-9	06/11/2024	VALDIR COLETTI	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	553.341.000.024.810	R$ 5.000,00
37.470-9	06/11/2024	MARIANA BAPTISTELLA MAZOTTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	556.805.000.040.221	R$ 1.912,29
37.470-9	06/11/2024	FOLHA DE PAGAMENTO	FOLHA DE PAGAMENTO	RECURSOS HUMANOS (5)	38.370	R$ 122.701,81
37.470-9	06/11/2024	PATREZI MANIPULACAO FARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTO	MEDICAMENTOS	110.601	R$ 304,00
37.470-9	06/11/2024	MARQUES & PAVANI LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.602	R$ 1.442,01
37.470-9	06/11/2024	MICHELLE KATARINE RIBEIRO PEDRA & CIA LTDA - ME	SERVIÇOS DE MONITORAMENTO E CONTROLE DE PRAGAS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	110.603	R$ 587,94
37.470-9	06/11/2024	PATRICIA APARECIDA FRANCO	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	RECURSOS HUMANOS (6)	110.604	R$ 12.000,00
37.470-9	06/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	823.111.100.124.739	R$ 163,20
37.470-9	06/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	823.111.100.124.740	R$ 245,40
37.470-9	07/11/2024	CAROLINA RUFFO CASTRO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	RECURSOS HUMANOS (5)	552.706.000.022.348	R$ 231,84
37.470-9	08/11/2024	TEX WORK UNIFORMES E EQUIPAMENTOS	UNIFORMES	RECURSOS HUMANOS (5)	554.271.000.019.632	R$ 2.862,00

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	08/11/2024	MARQUES & PAVANI LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	110.801	R$ 99,75
37.470-9	08/11/2024	AGNODIKE LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	110.802	R$ 290.418,82
37.470-9	08/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.131.100.091.083	R$ 12,30
37.470-9	11/11/2024	MARQUES & PAVANI LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.101	R$ 13,50
37.470-9	11/11/2024	SILMARA CRISTINA FURTADO LUNARDI	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.102	R$ 134,50
37.470-9	11/11/2024	JR PLUS DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO - RX	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.103	R$ 19.708,50
37.470-9	11/11/2024	TDR CONSERVAÇAO E MANUTENÇAO LTDA	LOCAÇÃO DE ENXOVAL HOSPITALAR HIGIENIZADO	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.104	R$ 9.000,42
37.470-9	11/11/2024	GUANDAPAR EMPREENDIMENTOS LTDA	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.105	R$ 30.250,00
37.470-9	11/11/2024	SARTORI TECNOLOGIA DA INFORMAÇAO LTDA ME	INTERNET	UTILIDADES PÚBLICAS	111.106	R$ 300,00
37.470-9	11/11/2024	OXIPORTO GASES INDUSTRIAIS	GASES MEDICINAIS	MEDICAMENTOS	111.107	R$ 1.540,00
37.470-9	11/11/2024	QUABRILIMP T LIMPEZA LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.108	R$ 3.281,95
37.470-9	11/11/2024	SIDNEI PIRES DE MORAES LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.109	R$ 1.499,37
37.470-9	11/11/2024	CAMPMEDICAL COMERCIO MATERIAL CIRURGICO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	111.110	R$ 277,50
37.470-9	11/11/2024	JALL SUPERMERCADO LTDA	MATERIAL DE LIMPEZA	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.111	R$ 179,40
37.470-9	11/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.059	R$ 12,30
37.470-9	11/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.060	R$ 12,30
37.470-9	11/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.061	R$ 12,30
37.470-9	11/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.062	R$ 12,30
37.470-9	11/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.161.100.041.063	R$ 12,30
37.470-9	12/11/2024	KVO MEDICAL SUPRIMENTOS HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	111.201	R$ 2.300,00
37.470-9	12/11/2024	EDSON JOSE BORTOLOTTO PAPELARIA LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	111.202	R$ 24,90
37.470-9	12/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.171.100.093.496	R$ 12,30
37.470-9	18/11/2024	OXYMED COM E LOC DE EQUIPAMENTO MEDICO HOSPITALAR S.A	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.801	R$ 1.000,00

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	18/11/2024	CPS COMERCIAL DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MEDICOS IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	111.802	R$ 630,00
37.470-9	18/11/2024	SISQUAL WORKFORCE M LTDA	LOCAÇÃO DE SOFTWARE	LOCAÇÕES DIVERSAS	111.803	R$ 674,37
37.470-9	18/11/2024	OXIPORTO GASES INDUSTRIAIS	GASES MEDICINAIS	MEDICAMENTOS	111.804	R$ 1.440,00
37.470-9	18/11/2024	ISS NOTA	ISS NOTA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.805	R$ 0,55
37.470-9	18/11/2024	ISS NOTA	ISS NOTA	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.805	R$ 235,61
37.470-9	18/11/2024	OXIPORTO GASES INDUSTRIAIS	GASES MEDICINAIS	MEDICAMENTOS	111.806	R$ 2.490,00
37.470-9	18/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	853.231.100.586.397	R$ 97,00
37.470-9	19/11/2024	ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.418.000.014.524	R$ 15.059,27
37.470-9	19/11/2024	ORTOFISIO MEDICINA E FISIOTERAPIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.418.000.014.524	R$ 24.729,47
37.470-9	19/11/2024	CLINICA MEDICA AQUINO SOCIEDADE UNIPESSOAL LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.514.000.138.740	R$ 15.470,00
37.470-9	19/11/2024	DELDUQUE & MUFATO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	550.918.000.021.725	R$ 8.530,97
37.470-9	19/11/2024	LAIS MISKULIN PREARO SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	552.589.000.024.788	R$ 6.210,00
37.470-9	19/11/2024	DANIEL RODRIGUES LEON SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	552.706.000.019.068	R$ 12.810,53
37.470-9	19/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	553.062.000.036.829	R$ 11.080,56
37.470-9	19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PIS/COFINS/CSLL	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	553.062.000.036.829	R$ 126,42
37.470-9	19/11/2024	CSLL/PIS/COFINS NOTA	PIS/COFINS/CSLL	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.062.000.036.829	R$ 28.546,05
37.470-9	19/11/2024	INSS	RECOLHIMENTO INSS	RECURSOS HUMANOS (5)	553.062.000.036.829	R$ 13.987,86
37.470-9	19/11/2024	IRRF FOLHA	IRRF FOLHA	RECURSOS HUMANOS (5)	553.062.000.036.829	R$ 4.217,38
37.470-9	19/11/2024	CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.341.000.006.980	R$ 10.782,30
37.470-9	19/11/2024	IRRF NOTA	IRRF - PJ	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.062.000.036.829	R$ 8.893,40
37.470-9	19/11/2024	IRRF NOTA	IRRF - PJ	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	553.062.000.036.829	R$ 355,78
37.470-9	19/11/2024	CENTRO MEDICO SCANTAMBURLO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.341.000.006.980	R$ 5.645,85
37.470-9	19/11/2024	CAVALHEIRO & CAVALHEIRO LTDA-ME	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.341.000.007.965	R$ 7.983,13
37.470-9	19/11/2024	MARIANA VIRGINIA VARIZE - ME	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	553.345.000.011.238	R$ 650,00
37.470-9	19/11/2024	MARIANA BAPTISTELLA MAZOTTI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	556.805.000.040.221	R$ 2.231,00
37.470-9	19/11/2024	MARINA SIMOES MINIERI	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	38.424	R$ 19.045,51
37.470-9	19/11/2024	FOLHA DE PAGAMENTO	PAGAMENTO DE SALÁRIO	RECURSOS HUMANOS (5)	38.737	R$ 1.234,70
37.470-9	19/11/2024	CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.901	R$ 11.742,36
37.470-9	19/11/2024	CLAUDIA MARIA FIORINI CALDIRON NOGUEIRA E CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.902	R$ 13.498,04
37.470-9	19/11/2024	GONÇALVES & PAIXAO CLINICA MEDICA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.903	R$ 18.623,97
37.470-9	19/11/2024	ELISEU APARICIO DO AMPARO COZZA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.904	R$ 5.336,00
37.470-9	19/11/2024	MARTINEZ E JALDIN MEDICOS ASSOCIADOS S/S LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.905	R$ 3.097,05
37.470-9	19/11/2024	RENATO GUSTAVO GONZALEZ FELTRIN SERVIÇOS MEDICOS	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.906	R$ 12.550,68

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	19/11/2024	IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINAÇÃO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.907	R$ 11.965,87
37.470-9	19/11/2024	IMUNOCLIN CENTRO DE PEDIATRIA E VACINAÇÃO LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.908	R$ 5.896,21
37.470-9	19/11/2024	ALB GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.909	R$ 2.390,35
37.470-9	19/11/2024	ALB GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.910	R$ 43.478,83
37.470-9	19/11/2024	ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.911	R$ 12.763,60
37.470-9	19/11/2024	ARS PUERI SERVIÇOS MEDICOS LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.912	R$ 5.338,48
37.470-9	19/11/2024	CAROLINA FOLINI	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.913	R$ 4.083,40
37.470-9	19/11/2024	J. C. M. M. CLINICA MÉDICA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.914	R$ 27.293,31
37.470-9	19/11/2024	CLINICA JEM MARANGON LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.915	R$ 13.656,67
37.470-9	19/11/2024	MARCELO BENINI BEZZAN & CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.916	R$ 5.438,51
37.470-9	19/11/2024	EDER ZORZI FITNESS EIRELI	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.917	R$ 6.505,20
37.470-9	19/11/2024	CLINICA RAMAZOTTI FISIOTERAPIA E REABIL.S/CLTDA	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.918	R$ 6.748,00
37.470-9	19/11/2024	CASA BRANCA - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA AREA DE SAÚDE	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.919	R$ 1.159,04
37.470-9	19/11/2024	ARLINDO DE OLIVEIRA JUNIOR & CIA LTDA	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	111.920	R$ 4.075,58
37.470-9	19/11/2024	SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.921	R$ 3.984,00
37.470-9	19/11/2024	SO SAUDE CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA	SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	111.922	R$ 5.070,80
37.470-9	19/11/2024	FGTS	RECOLHIMENTO FGTS	RECURSOS HUMANOS (5)	111.923	R$ 2.639,96
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.945	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.946	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.947	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.948	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.949	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.950	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.951	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.952	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.953	R$ 12,30

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.954	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.955	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.956	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.957	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.958	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.959	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.960	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.961	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.962	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.963	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.964	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.965	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.138.966	R$ 12,30
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.321	R$ 3,40
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.322	R$ 10,20
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.323	R$ 2,46
37.470-9	19/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.241.100.198.324	R$ 38,09
37.470-9	21/11/2024	INTEGRAL NUTTRI ALIMENTACAO E SERVICOS LTDA	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	112.101	R$ 7.884,60
37.470-9	21/11/2024	OLIVEIRA & OLIVEIRA ANALISES CLINICAS LTDA - ME	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.102	R$ 8.039,31
37.470-9	21/11/2024	BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	VALE ALIMENTAÇÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	112.103	R$ 10.920,00
37.470-9	21/11/2024	RICARDO DE SOUZA - L3 TECNOLOGIA	SERVIÇOS TÉCNICO DE TELECOMUNICAÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	112.104	R$ 459,75
37.470-9	21/11/2024	DIPHA DISTRIBUIDORA PHARMACEUTICA LTDA	MEDICAMENTO	MEDICAMENTOS	112.105	R$ 608,96
37.470-9	21/11/2024	SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA	MATERIAL HOSPITALAR	MATERIAL MÉDICO E HOSPITALAR (*)	112.106	R$ 734,90

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	21/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.261.100.223.498	R$ 12,30
37.470-9	21/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.261.100.223.499	R$ 12,30
37.470-9	22/11/2024	DANILO DE LIMA OLIVEIRA	PAGAMENTO DE RESCISÃO	RECURSOS HUMANOS (5)	25.721	R$ 154,38
37.470-9	22/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.271.100.223.771	R$ 3,40
37.470-9	22/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	813.271.100.223.772	R$ 0,30
37.470-9	25/11/2024	LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS STA CRUZ S/C LTDA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.501	R$ 8.093,05
37.470-9	25/11/2024	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.502	R$ 8.360,65
37.470-9	25/11/2024	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.503	R$ 543,50
37.470-9	25/11/2024	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	EXAMES LABORATORIAIS	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.504	R$ 8.460,08
37.470-9	25/11/2024	IRMANDADE HOSPITAL E MATERNIDADE CEL JUCA FERREIRA	PLANTÃO SOBREAVISO	SERVIÇOS MÉDICOS (*)	112.505	R$ 6.000,00
37.470-9	25/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.746	R$ 12,30
37.470-9	25/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.747	R$ 12,30
37.470-9	25/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.748	R$ 12,30
37.470-9	25/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.749	R$ 12,30
37.470-9	25/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	883.301.100.068.750	R$ 12,30
37.470-9	27/11/2024	43.053.041 DAIANE IGNACIO DE OLIVEIRA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	112.701	R$ 384,00
37.470-9	27/11/2024	VAGNER B S S L GERADORES	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES	LOCAÇÕES DIVERSAS	112.702	R$ 7.200,00
	27/11/2024	BAKKEN HOSPITALAR LTDA	SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS		R$ 200,00
37.470-9	27/11/2024	BAKKEN HOSPITALAR LTDA	MATERIAL EXPEDIENTE	OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	112.703	R$ 3.075,00
37.470-9	27/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	833.321.100.167.029	R$ 12,30
37.470-9	28/11/2024	FOLHA DE PAGAMENTO	PAGAMENTO DE 13°	RECURSOS HUMANOS (5)	37.718	R$ 18.782,39
37.470-9	28/11/2024	ALESSANDRA DA SILVA HOLLAND	PAGAMENTO DE 13°	RECURSOS HUMANOS (5)	112.801	R$ 303,44

CONTA CORRENTE	DATA	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO	CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	Nº DOC	DÉBITO
37.470-9	28/11/2024	PMP PRODUTOS MEDICOS PAULISTAS LTDA	MANUTENÇÃO EM EQUIPAMENTOS	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	112.802	R$ 1.880,00
37.470-9	28/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	893.331.200.022.270	R$ 12,30
37.470-9	28/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	893.331.200.085.686	R$ 173,40
37.470-9	28/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	893.331.200.228.147	R$ 10,00
	01/11/2024	DESBLOQUEIO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	34.575.735	-R$ 50.977,42
37.350-8	01/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.402.600.000.000	R$ 10.101,55
37.350-8	01/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.402.600.000.000	R$ 14.715,08
37.350-8	01/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.464.700.000.000	R$ 1.744,95
37.350-8	05/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.498.400.000.000	R$ 30,18
37.350-8	12/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.405.500.000.000	R$ 0,04
37.350-8	13/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.460.600.000.000	R$ 50.492,59
37.350-8	22/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.410.800.000.000	R$ 245,55
37.350-8	22/11/2024	BANCO DO BRASIL	TARIFAS BANCÁRIAS	DESPESAS FINANCEIRAS E BANCÁRIAS	873.271.000.000.000	R$ 1,30
37.350-8	29/11/2024	TRANSFERÊNCIA DEPOSITO JUDICIAL	BLOQUEIO JUDICIAL	OUTRAS DESPESAS	12.420.800.000.000	R$ 34.180,00
						R$ 1.155.914,17

Prefeitura Municipal de Garça

Departamento de Rendas

Praça Hilmar Machado de Oliveira, 102 - Centro - Garça

CNPJ: 44.518.371/0001-35

CERTIDÃO NEGATIVA

DO MOBILIÁRIO

Código: **002435823**

Data Abertura: **07/07/2023**

Situação: **01 - Ativo**

Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02**

Nome Fantasia:

Inscrição Municipal: **2435823**

Logradouro: **Rua DR ORLANDO THIAGO SANTOS**

Número: **50**

Complemento:

Bairro: **WILLIAMS**

Cep: **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, constituido 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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

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 Servico - FGTS.

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

Emitido em atendimento a determinação judicial.

Validade:11/12/2024 a 09/01/2025

Certificação Número: 2024121109432942936096

Informação obtida em 13/12/2024 14:14:40

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.° 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, § 2°, 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.

```
28/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:07:17
306203062          SEGUNDA VIA              0006
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 28/11/2024
NR. DOCUMENTO               553.062.007.004.231
VALOR TOTAL                            22.298,55
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:      7.004.231-4
NR. DOCUMENTO               553.062.000.037.470
================================================
NR.AUTENTICACAO           1.61E.641.9E5.6C6.092
```

Consultas - Emissão de comprovantes

```
28/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:07:17
306203062          SEGUNDA VIA              0010
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.470-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 28/11/2024
NR. DOCUMENTO               553.062.007.004.231
VALOR TOTAL                              15.242,82
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:      7.004.231-4
NR. DOCUMENTO               553.062.000.037.470
================================================
NR.AUTENTICACAO           2.1AC.D93.6FD.EDA.700
```

Transação efetuada com sucesso por: JG037509 JOAO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Extrato de Ordens Judiciais - Consultar valor bloqueado/desbloqueado/transferido por ordem judicial

Detalhamento do Evento

Data	Histórico	Protocolo	Agência/Conta	Valor [R$]
01/10/2024	BLOQUEIO VLR	20240017853071	3062-7 - 36944-6	15.242,82

Nome do Autor
ROSANA APARECIDA DA SILVA

Data do Protocolamento
2024-09-29-01.11.21.000110

Processo
10009855920155020255

Juíz
JUIZ DE DIREITO

Vara
5 VARA DO TRABALHO DE CUBATAO

UF
SP

Comarca
CUBATAO

Tribunal
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2 REGIAO

Destino da Transferência

Nome do Banco Destino:
Nome da Agência do Banco Destino:
Nome do Favorecido:
CPF/CNPJ do Favorecido:

Modalidade	Valor (R$)
BB CDB RENDE FACIL	15.242,82

Total: 15.242,82

Adalberto Araújo

De: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Enviado em: quinta-feira, 12 de dezembro de 2024 14:27
Para: Adalberto Araújo
Assunto: RES: blqueios e desbloqueios SCP

Boa tarde
isso

AHBB | REDE SANTA CASA

Carla Lima Sato
Financeiro
Rua Major Jose Inacio,1942
Centro, São Carlos/SP – 13.560-160
Fone: (16) 3374-8438 **Cel.:** 99777-4775

De: Adalberto Araújo [mailto:adalberto.araujo@prosperer.com.br]
Enviada em: quinta-feira, 12 de dezembro de 2024 13:54
Para: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Assunto: RES: blqueios e desbloqueios SCP

Carla.

Estou finalizando SCP e verifiquei que esse valor entrou na conta de lá e os 4 primeiros valores foram transferidos e os dois últimos não. Esse dois último foram bloqueados da conta de SCP, por isso você não tirou da conta?



De: Carla Lima Sato <clsato@ahbb.org.br>
Enviada em: quinta-feira, 28 de novembro de 2024 16:55
Para: Adalberto Araújo <adalberto.araujo@prosperer.com.br>
Assunto: blqueios e desbloqueios SCP

Boa tarde
Conforme falamos ,segue as movimentações bancarias

01/nov	SCP (37350-8)	21.878,63	ROSANA APARECIDA DA SILVA	10009855920155020253.	5 VARA DO TRABALH
01/nov	SCP (37350-8)	419,92	ROSANA APARECIDA DA SILVA	10009855920155020253.	5 VARA DO TRABALH
01/nov	SCP (37350-8)	15.242,82	ROSANA APARECIDA DA SILVA	10009855920155020253.	5 VARA DO TRABALH
01/nov	SCP (37350-8)	137,19	ROSANA APARECIDA DA SILVA	10009855920155020253.	5 VARA DO TRABALH
01/nov	SCP (37350-8)	50.521,40	ROSANA APARECIDA DA SILVA	10009855920155020253.	5 VARA DO TRABALH
01/nov	SCP (37350-8)	456,02	ROSANA APARECIDA DA SILVA	10009855920155020253.	5 VARA DO TRABALH

AHBB | REDE SANTA CASA

Carla Lima Sato
Financeiro
Rua Major Jose Inacio,1942
Centro, São Carlos/SP – 13.560-160
Fone: (16) 3374-8438 **Cel.:** 99777-4775