ANEXO RP-12 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS
TERMO DE CONVÊNIO

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO
CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL – AHBB / REDE SANTA CASA
ENTIDADE GERENCIADA (*): UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO **-** UPA SÃO DIMAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO E CEP: RUA JOSÉ BUENO DE GODOI, 31, BAIRRO JD SÃO DIMAS, EM AMPARO, SP - CEP 13.905-694
RESPONSÁVEL(IS) PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL: JOÃO PEDRO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO
CPF: 362.328.398-38

OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO: O PRESENTE TERMO DE CONVENIO TEM POR OBJETO, A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS, EM BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE, EM CARÁTER DE URGÊNCIA NA INCLUINDO EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA, EXAMES LABORATORIAIS, RAIO-X, MEDIANTE REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE MATERIAL DE CONSUMO, PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, CONFORME DETALHADO NO PLANO DE TRABALHO, PARTE INTEGRANTE DO PRESENTE INSTRUMENTO.

EXERCÍCIO: OUTUBRO DE 2024
ORIGEM DOS RECURSOS (5): MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL

DOCUMENTO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR - R$
Termo de Convênio n°021/2024	27/08/2024	30/08/2024 a 31/12/2024	R$ 2.150.464,15

DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	**VALORES PREVISTOS (R$)**	**DATA DO REPASSE**	**NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO**	**VALORES REPASSADOS (R$)**
18/10/2024	R$ 264.401,33	18/10/2024	550456000046726	R$ 264.401,33
(A) SALDO DO EXERCÍCO ANTERIOR:				R$ 457.989,81
(B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO:				R$ 264.401,33
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS:				-R$ 50,33
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3):				R$ -
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D):				**R$ 722.340,81**
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:				R$ -
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (E + F):				**R$ 722.340,81**

(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 10/2024, bem como as despesas a pagar no exercício seguinte.

ORIGEM DOS RECURSOS (4):					
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA (8)	**DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO (R$)**	**DESPESAS CONTABILIZADAS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$)**	**DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$)**	**TOTAL DE DESPESAS PAGAS NESTE EXERCÍCIO (R$)**	**DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO A PAGAR EM EXERCÍCIOS SEGUINTES (R$)**
		(H)	**(I)**	**(J= H + I)**	
Recursos humanos (5)	R$ 120.427,13	R$ -	R$ 120.427,13	R$ 120.427,13	R$ -
Recursos humanos (6)	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Medicamentos	R$ 10.538,32	R$ -	R$ 10.538,32	R$ 10.538,32	R$ -
Material médico e hospitalar (*)	R$ 10.367,91	R$ -	R$ 10.367,91	R$ 10.367,91	R$ -
Gêneros alimentícios	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Outros materiais de consumo	R$ 8.006,31	R$ -	R$ 8.006,31	R$ 8.006,31	R$ -

Serviços médicos (*)	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
Outros serviços de terceiros	R$	243.010,70	R$	-	R$	243.010,70	R$	243.010,70	R$	-
Locação de imóveis	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
Locações diversas	R$	33.380,00	R$	-	R$	33.380,00	R$	33.380,00	R$	-
Utilidade Pública (7)	R$	159,90	R$	-	R$	159,90	R$	159,90	R$	-
Combustíveis	R$	1.050,01	R$	-	R$	1.050,01	R$	1.050,01	R$	-
Bens e materiais permanentes	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
Obras	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-	R$	-
Despesas financeiras e bancárias	R$	245,30	R$	-	R$	245,30	R$	245,30	R$	-
Outras despesas	R$	254,66	R$	-	R$	254,66	R$	254,66	R$	-
TOTAL	**R$**	**427.440,24**	**R$**	**-**	**R$**	**427.440,24**	**R$**	**427.440,24**	**R$**	**-**

(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 se 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$	722.340,81
(J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I)	R$	427.440,24
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	R$	294.900,57
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	R$	-
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	R$	294.900,57

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.

Amparo, 01 de Novembro de 2.024

AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso
Diretor Presidente

☐ Visualizar Pix agrupados

EMPRESA

Consultas - Extrato de conta corrente

G331031206227952369
03/11/2024 15:06:35

Cliente - Conta atual

Agência	3062-7
Conta corrente	37383-4 ASSOCIACAO H B BRASIL
Período do extrato	10 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
30/09/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			239.842,35 C
01/10/2024		0000	14325	900 BB Rende Fácil	102.750.800.102.566	218.097,13 C	
01/10/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.101	1.435,00 D	
				ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
01/10/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.102	930,00 D	
				FUTURA COM PROD MEDICOS			
01/10/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.103	990,00 D	454.584,48 C
				MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HO			
04/10/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	550.456.000.016.963	2.280,86 D	
				04/10 15:02 GENI BATISTA RODRIGUES			
04/10/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	552.681.000.022.717	2.506,40 D	
				04/10 15:57 SANDRA R S VIEIRA SANTOS			
04/10/2024		0000	13134	250 Folha de Pagamento	56.988	82.490,61 D	
04/10/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.401	5.359,77 D	
				MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIA			
04/10/2024		0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	872.781.200.178.513	95,20 D	361.851,64 C
				Cobrança referente 04/10/2024			
07/10/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	550.869.000.057.221	58.175,00 D	
				07/10 15:57 TAFSERV T SERVICOS LTDA			
07/10/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	556.845.000.031.205	2.500,00 D	
				07/10 15:57 PROSPERER LTDA			
07/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.701	3.000,00 D	
				341 0049 042160334000172 TH MANUTENCAO			
07/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.702	2.500,00 D	
				341 1751 053504385000190 NUMERA ASSESS			
07/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.703	5.000,00 D	290.676,64 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
08/10/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	550.171.000.000.560	220,00 D	
				08/10 11:27 SILVANA BAIOCCHI G ME			
08/10/2024		3062	99015	470 Transferência enviada	550.171.000.000.560	349,50 D	
				08/10 11:27 SILVANA BAIOCCHI G ME			
08/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.801	9.000,00 D	
				033 0029 041095926000195 BIOLIFE ANALI			
08/10/2024		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.802	4.100,00 D	
				341 4522 027340880000100 INTECC INTELI			
08/10/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.803	269,44 D	
				M P ETIQUETAS LTDA ME			
08/10/2024		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.804	76,00 D	
				M P ETIQUETAS LTDA ME			

08/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.805	990,69 D	
			CM HOSPITALAR S.A.			
08/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.806	136,00 D	
			F A M SOUZA INFORMATICA EPP			
08/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.807	29,50 D	
			PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP			
08/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.808	504,64 D	
			FUTURA COM PROD MEDICOS			
08/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	100.809	526,84 D	274.474,03 C
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
10/10/2024	0000	14175	983 TED Devolvida	8	157.668,00 C	
			AG OU CNT DEST DO CRED INVAL			
10/10/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.001	18,00 D	
			756 3207 025177013000161 GISELE C. DE			
10/10/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.002	157.668,00 D	274.456,03 C
			260 0001 057036414000198 AMP MEDICINA			
11/10/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	21.683	2.892,91 D	
11/10/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	101.101	157.668,00 D	
			260 0001 057036414000198 AMP MEDICINA			
11/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.102	369,00 D	
			MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HO			
11/10/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	812.851.100.153.062	30,60 D	113.495,52 C
			Cobrança referente 11/10/2024			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.401	650,39 D	
			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.402	651,26 D	
			SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.403	1.050,01 D	
			AUTO POSTO PORTAL AGUAS LTDA			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.404	480,00 D	
			ZAP E MED LTDA			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.405	210,00 D	
			ZAP E MED LTDA			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.406	1.130,00 D	
			ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.407	1.210,00 D	
			ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
14/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.408	515,65 D	107.598,21 C
			FUTURA COM PROD MEDICOS			
15/10/2024	0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços	822.891.100.561.477	97,00 D	107.501,21 C
			Cobrança referente 15/10/2024			
17/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.701	420,00 D	
			ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
17/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.702	920,00 D	
			ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
17/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	101.703	498,40 D	105.662,81 C
			Michelini Controle De Vetores			
18/10/2024	0456	99015	870 Transferência recebida	550.456.000.046.726	264.401,33 C	
			18/10 09:50 P.M.A. FMS INS. GLICEMIA			
18/10/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	550.456.000.010.754	42,00 D	
			18/10 14:38 FARM GEMA GALGANI LTDA M			

18/10/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	556.790.000.000.227	8.197,46 D	
			18/10 14:38 ASSOCIACAO H B DO BRASIL			
18/10/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	556.790.000.000.227	61,60 D	
			18/10 14:38 ASSOCIACAO H B DO BRASIL			
18/10/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	556.790.000.000.227	7.461,97 D	354.301,11 C
			18/10 14:38 ASSOCIACAO H B DO BRASIL			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.101	19.250,00 D	
			OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOS			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.102	833,94 D	
			PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.103	1.047,70 D	
			FUTURA COM PROD MEDICOS			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.104	102,12 D	
			FUTURA COM PROD MEDICOS			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.105	570,77 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.106	547,50 D	
			PRECISION COMERCIAL DISTRIBUID			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.107	1.050,00 D	
			ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.108	3.005,00 D	
			MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HO			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.109	159,90 D	
			F. J. FANTINI AMPARO - ME			
21/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.110	6.600,00 D	321.134,18 C
			BENEFICIOS UPS LTDA			
24/10/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	19.159	2.287,06 D	
24/10/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	19.160	2.938,79 D	
24/10/2024	0000	13105	144 Pix - Enviado	102.401	480,00 D	
			24/10 14:05 Douglas Vinicius Farias			
24/10/2024	0000	13105	144 Pix - Enviado	102.402	132,84 D	
			24/10 14:05 CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
24/10/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	812.981.100.184.664	3,40 D	
			Cobrança referente 24/10/2024			
24/10/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	812.981.100.184.665	3,40 D	315.288,69 C
			Cobrança referente 24/10/2024			
25/10/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	559.122.000.000.212	910,00 D	
			25/10 11:23 SITCON TEC E LOC E LTDA			
25/10/2024	0000	13134	250 Folha de Pagamento	23.492	1.972,99 D	
25/10/2024	0000	13113	170 Tar Pag Salár Créd Conta	822.991.100.247.155	3,40 D	312.402,30 C
			Cobrança referente 25/10/2024			
28/10/2024	3062	99015	470 Transferência enviada	550.456.000.073.846	603,64 D	
			28/10 15:58 PAULA P SILVA CARDOSO			
28/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.801	24,25 D	311.774,41 C
			DROGARIA ANA CINTRA LTDA ME			
29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.901	740,00 D	
			MED CENTER COMERCIAL LTDA			
29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.902	178,31 D	
			E.C.M.BIANCHI E CARVALHO MATER			
29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.903	3.500,00 D	
			SAX GUINDASTES E TRANSPORTES L			

29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.904	1.164,66 D	
			CM HOSPITALAR SA			
29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.905	102,00 D	
			F A M SOUZA INFORMATICA EPP			
29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.906	822,90 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
29/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	102.907	1.025,00 D	304.241,54 C
			ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES			
30/10/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	103.001	439,37 D	
			033 0029 050093491000130 COMERCIAL AMP			
30/10/2024	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	103.002	2.500,00 D	
			260 0001 050859505000184 VICTOR PELOGI			
30/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	103.003	4.700,00 D	
			VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SO			
30/10/2024	0000	13105	109 Pagamento de Boleto	103.004	1.689,30 D	
			DESTRA APOIO E PREVENCAO EM S			
30/10/2024	0000	13113	310 Tar DOC/TED Eletrônico	823.041.100.203.151	12,30 D	294.900,57 C
			Cobrança referente 30/10/2024			
31/10/2024	0000	00000	999 S A L D O			294.900,57 C

Seguro Empresarial para o seu negocio nao parar.
Fique a salvo e tenha varias assistencias para
usar. Contrate pelo App ou agencias.

OBSERVAÇÕES:

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

BB RENDE FÁCIL

Dados do Cliente

Agência 3062-7	**Conta** 37383-4
Cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	**CNPJ** 45.349.461/0019-31

Resumo do mês - Outubro/2024

Saldo bruto em **30/09/2024**	R$ 218.147,46
Aplicações no mês:	R$ 0,00
Resgates líquidos no mês:	R$ 218.097,13
IR sobre resgates no mês:	R$ 23,07
IOF sobre resgates no mês:	R$ 36,03
Rendimentos no mês:	R$ 8,77
Saldo bruto em **31/10/2024**:	R$ 0,00

Histórico de movimentação

Data	Histórico	Capital	Rendimento*	IR	IOF	Valor Líquido
30/09/2024	Saldo Anterior	R$ 218.017,64	R$ 129,82	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
01/10/2024	Resgate	R$ 218.017,64	R$ 138,59	R$ 23,07	R$ 36,03	R$ 218.097,13
31/10/2024	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 07/02/2025 às 08:15

Consultas - Emissão de comprovantes

G3310713503917781
07/10/2024 13:53:47

07/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:53:47
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090329052200600004152179398560000143500
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	100.101
NOSSO NUMERO	32905220000004152
CONVENIO	03290522
DATA DE VENCIMENTO	01/10/2024
DATA DO PAGAMENTO	01/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.435,00
VALOR COBRADO	1.435,00

==========
NR.AUTENTICACAO 4.55E.21D.857.13E.F36
==========
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.

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP CEP 13.222-760
FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.013.401
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0134 0110 0015 5885

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
VENDA	Protocolo: 135242009195489 Data: 10/09/2024 08:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
712168965111		37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB	45.349.461/0001-02	10/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	WILLIAMS	17.402-064	10/09/2024

MUNICÍPIO	FONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
GARCA	(16) 3374-8438	SP		08:28:21

FATURA / DUPLICATA

001 - 1.435,00 - 01/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				1.435,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					1.435,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	40,00	18,50	740,00					
0002	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL G - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	1,00	65,00	65,00					
0025	ONU 1002 - AR COMPRIMIDO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAA4JX3-NS 10M - 09/09/2024;	28539090	0102	5102	M3	30,00	21,00	630,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - LOTES 37DS 1M - 4HQN 10 -; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R$ 193,00 (13,45%) FEDERAL E R$ 258,30 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

Scanned with CamScanner

Essencialox Com Gases Eq. Ltda 001

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Documento	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
004130	01/10/2024	32905220000004152	1.435,00

Comprovante de Entrega ____/____/____ _____

BANCO DO BRASIL | **001-9** | Recibo do Pagador

Beneficiário/CPF/CNPJ				Agência/Código Beneficiário	Vencimento
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				09895-7/000000000473-1	01/10/2024
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
10/09/2024	004130	DM	N	10/09/2024	32905220000004152
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.435,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$3,73 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | **001-9** | 00190.00009 03290.522006 00004.152179 3 98560000143500

Local de Pagamento					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					01/10/2024
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
10/09/2024	004130	DM	N	10/09/2024	32905220000004152
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.435,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$3,73 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Scanned with CamScanner

07/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 13:53:47
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083159995452124007710007798570000093000
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 100.102
DATA DE VENCIMENTO 02/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 01/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 930,00
VALOR COBRADO 930,00
==========
NR.AUTENTICACAO 0.9E1.C0B.188.9AD.BB7
==========
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. 189.853

SÉRIE: 0

Página 1 de 2

Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001898531002116537

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
135241963040492 04/09/2024 20:28

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	04/09/2024

Endereço	Bairro/Distrito	Cep	Data de Saída/Entrada
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	04/09/2024

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

FATURA

Dupl. : 189.853/ 1 Valor : 930,00 Vencto. 02/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
930,00	167,40	0,00	0,00	930,00

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	930,00

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			2,300	2,300

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
574287	TIRAS PARA TESTE DE GLICEMIA INDIVIDUALIZADA C/25 MEDISIGN VR MEDICAL/CEPALAB Lote : HXC19H2D1 Val. 18/03/2025	38221920	000	5102	CX	40,00 40,00	18,250000	730,00	730,00	131,40		18,0	
574130	LANCETA DE SEGURANCA 28G LARANJA CX C/100 CEPALAB Lote : 2403105 Val. 23/03/2029	90183999	000	5102	CX	10,00 10,00	20,000000	200,00	200,00	36,00		18,0	

Local de entrega: RUA ANA CINTRA 332 CENTRO 13901-901 AMPARO SP

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.:Sumaré N/P.215.376

Reservado ao FISCO

Scanned with CamScanner

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

NF-e
No. 189.853

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. 189.853

SÉRIE: 0

Página 2 de 2

Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001898531002116537

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

135241963040492 04/09/2024 20:28

Natureza da Operação

VENDA

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

TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SÃO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP " 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

Scanned with CamScanner

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

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 02/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Número do Documento 189853/1	Nosso Número 109/00315999-5
Espécie R$ / Quantidade / (x)Valor	(=)Valor Documento R$ 930,00	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:	(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

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

- -

Banco Itaú S/A | 341-7 | 34191.09008 31599.954521 24007.710007 7 98570000093000

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 02/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 04/09/2024	Número do Documento 189853/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 04/09/2024	Nosso Número 109/00315999-5
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R$ 930,00

Instruções
APÓS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,28 POR DIA DE ATRASO
APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 18,60
SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

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

Sacador/Avalista
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS
WILLIAMS - GARCA
17402-064 - SP

Scanned with CamScanner

Banco Itaú S/A | Banco 341-7

RECIBO DO SACADO

Cedente	Agência/Código Cedente	Vencimento
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	4522/40077-1	02/10/2024
Sacador/Avalista	**Número do Documento**	**Nosso Número**
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	189853/1	109/00315999-5

Espécie	Quantidade	Valor	(=)Valor Documento	(-)Descontos/Abatimentos
R$		X	R$ 930,00	
			(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

Demonstrativo:

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

Banco Itaú S/A | Banco 341-7 | 34191.09008 31599.954521 24007.710007 7 98570000093000

Local de Pagamento	Vencimento
Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.	02/10/2024
Cedente	**Agência/Código Cedente**
FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	4522/40077-1

Data Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
04/09/2024	189853/1	RC	N	04/09/2024	109/00315999-5

Uso do Banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento
		109	R$			R$ 930,00

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)

APÓS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,28 POR DIA DE ATRASO
APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 18,60
SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

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

Sacado

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS
WILLIAMS - GARCA
17402-064 - SP

Sacador/Avalista

```
07/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   13:53:47
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
--------------------------------------------------
10499601704000010004600000331074998590000099000
BENEFICIARIO:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HO
NOME FANTASIA:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITA
CNPJ: 33.190.250/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITA
CNPJ: 33.190.250/0001-90
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             100.103
DATA DE VENCIMENTO                     04/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      01/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         990,00
VALOR COBRADO                              990,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            7.304.F15.C54.C4B.93A
==================================================
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.
```

Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA
RUA ANTONIO DURÃO, 76, ANEXO B, ALVORADA
14.140-000 - Cravinhos - SP
Fone (16) 2122-9999 - medicinalli.vendas@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída: 1

Nº 003310
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 0933 1902 5000 0190 5500 1000 0033 1015 3721 4385

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 mercadorias	135241960475602 04/09/2024 15:20:17	
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
279.051.035.110		33.190.250/0001-90

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02		04/09/2024
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50	Williams	17.402-064	04/09/2024
Município	**UF**	**Fone/Fax**	**Hora saída**
Garça	SP	(16) 3374-8438	15:20:15

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	04/10/2024	990,00						

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	990,00

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	990,00

Transportador/Volumes transportados

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

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1	Caixa(s)			19,000	19,000

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	TRAVESSEIRO HOSPITALAR	94049000	0102	5.102	UN	10,00	99,00	990,00	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
11419	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações
MEDICINALLI, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
DEPÓSITO EM CONTA: BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL OP. 003, AG: 4787, C/C. 700-0. PIX: 33.190.250/0001-90.
Total aproximado de tributos: R$ 113,55 (11,47%) .
Pedido sr. Anderson Carrijo AHBB. LOCAL DE ENTREGA: RUA ÂNGELO FRARE, 416 - CONJ. HAB. ALBERTO MARQUES, AMPARO - SP CEP: 13905-675. "Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento São Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP".

Reservado ao fisco

04/09/2024 15:20:24

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

GERENCIADOR CAIXA

104-0 10499601704000010004600000033107499859000009900 0

Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES		CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90	Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174
Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS		UF SP	CEP 14140-000
Data do documento 04/09/2024	Nº documento 3310	Aceite NAO	Data do processamento 04/09/2024	Nosso Número 14000000000003310 - 9
Pagador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02
Endereço do Pagador R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, nº 50, , VILA WILLIAMS, GARCA		UF SP	CEP 17402-064
Sacador / Avalista			CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 0,66 REAL AO DIA
MULTA : 19,80 REAIS A PARTIR DE 05/10/2024

Carteira	Espécie DOC	Vencimento	Valor do documento	Valor Cobrado
RG	DM	04/10/2024	990,00	

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br

Autenticação Mecânica - **Recibo do Pagador**

GERENCIADOR CAIXA

104-0 10499601704000010004600000033107499859000009900 0

Local De Pagamento **PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE**					Vencimento 04/10/2024
Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES ANTONIO DURAO, nº 76, , ALVORADA, CRAVINHOS				33.190.250/0001-90	Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174
Data do documento 04/09/2024	Nº documento 3310	Espécie Doc DM	Aceite NAO	Data do processamento 04/09/2024	Nosso Número 14000000000003310 - 9
Uso do Banco	Carteira RG	Moeda REAL	Qtde. moeda	Valor	(=) Valor do Documento 990,00

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 0,66 REAL AO DIA
MULTA : 19,80 REAIS A PARTIR DE 05/10/2024

(-) Desconto
0,00

(-) Outras Deduções/Abatimento
0,00

(+) Mora/Multa/Juros
0,00

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado
0,00

Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02
Endereço: R DR ORLANDO THIAGO SANTOS, nº 50, , VILA WILLIAMS, GARCA	UF: SP	CEP: 17402-064
Sacador/Avalista:		CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

```
04/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:02:34
306203062          SEGUNDA VIA              0012
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
===============================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 04/10/2024
NR. DOCUMENTO                550.456.000.016.963
VALOR TOTAL                            2.280,86
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: GENI BATISTA RODRIGUES
AGENCIA: 0456-1          CONTA:         16.963-3
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
===============================================
NR.AUTENTICACAO            A.9AE.704.D4B.C1B.BB4
```

Consultas - Emissão de comprovantes

G3321811108678981
18/10/2024 11:15:34

```
04/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:57:48
306203062          SEGUNDA VIA              0013
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
===============================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 04/10/2024
NR. DOCUMENTO                552.681.000.022.717
VALOR TOTAL                            2.506,40
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SANDRA R S VIEIRA SANTOS
AGENCIA: 2681-6          CONTA:         22.717-X
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
===============================================
NR.AUTENTICACAO            6.FF8.356.7C8.C7D.F5D
```

Transação efetuada com sucesso por: JH719712 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

EXTRATO MENSAL

Folha Mensal

Empr.: 8855 ALEXYA ALVES DE LIMA ELERO Situação: Trabalhando CPF: 446.703.288-67 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 4 Horas Mês: 220,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.675,51

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.619,66 P	998	I.N.S.S.	7,69	124,58 D

ND:	0	Proventos:	1.619,66	Descontos:	124,58	Informativa:	129,57	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.495,08**
NF:	0	Base INSS:	1.619,66	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.619,66	Valor FGTS:	129,57	Base IRRF:	1.054,86

Empr.: 8836 ANA CARLA DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 330.290.378-27 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 3 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1018 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.550,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00 P	998	I.N.S.S.	7,84	143,73 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				

ND:	0	Proventos:	1.832,40	Descontos:	143,73	Informativa:	146,59	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.688,67**
NF:	0	Base INSS:	1.832,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.832,40	Valor FGTS:	146,59	Base IRRF:	1.267,60

Empr.: 8856 ANA CAROLINE CHILAVER BISPO Situação: Trabalhando CPF: 352.316.748-50 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 220,00
Cargo: 968 ENFERMEIRO COORDENADOR C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 6.250,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	6.250,00 P	998	I.N.S.S.	11,23	733,93 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	0,83 P	999	IMPOSTO DE RENDA	27,50	699,72 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,29	3,30 P				

ND:	0	Proventos:	6.536,53	Descontos:	1.433,65	Informativa:	522,92	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**5.102,88**
NF:	0	Base INSS:	6.536,53	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	6.536,53	Valor FGTS:	522,92	Base IRRF:	5.802,60

Empr.: 8834 ANA ELISA DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 356.430.708-71 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1017 ATENDENTE DE FARMACIA C.B.O: 521130 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.734,86 P	998	I.N.S.S.	7,84	143,08 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	18,07 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	5,00	72,29 P				

ND:	0	Proventos:	1.825,22	Descontos:	143,08	Informativa:	146,01	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.682,14**
NF:	2	Base INSS:	1.825,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.825,22	Valor FGTS:	146,01	Base IRRF:	1.260,42

Empr.: 8835 ANA LUCIA DE SOUZA POLLI DE CARVALHC Situação: Trabalhando CPF: 304.459.748-00 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 3 Horas Mês: 180,00
Cargo: 1018 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS C.B.O: 514320 Filial: 1 Salário: 1.550,00

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.498,33 P	998	I.N.S.S.	7,80	138,23 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				

ND:	0	Proventos:	1.771,32	Descontos:	138,23	Informativa:	141,70	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.633,09**
NF:	0	Base INSS:	1.771,32	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.771,32	Valor FGTS:	141,70	Base IRRF:	1.206,52

EXTRATO MENSAL

Empr.:	8910 ARGEMIRO ALVES DA SILVA JUNIOR	Situação: Trabalhando	CPF: 432.848.568-70	Adm:	08/09/2024
Vínculo:	Celetista Contrato Intermitente	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O: 223505	Filial: 1	Salário:	19,32

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	54,00	1.043,28 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	8,56 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	219,64 P	998	I.N.S.S.	7,61	115,93 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	6,77 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	114,26 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	38,09 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	114,26 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	69,32 P				
218	ADICIONAL NOTURNO 40% INTERM	14,00	32,15 P				

ND:	0	Proventos:	1.637,77	Descontos:	124,49	Informativa:	131,02	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.513,28**
NF:	0	Base INSS:	1.637,77	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.637,77	Valor FGTS:	131,02	Base IRRF:	355,82

Empr.:	8906 ELIZANDRA MARIA DA CONCEICAO	Situação: Trabalhando	CPF: 201.767.608-06	Adm:	13/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 3	Horas Mês:	180,00
Cargo:	66 COPEIRO (A)	C.B.O: 513430	Filial: 1	Salário:	1.550,00

8781	DIAS NORMAIS	18,00	930,00 P	998	I.N.S.S.	7,50	89,89 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	16,53 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	169,44 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	82,67 P				

ND:	0	Proventos:	1.198,64	Descontos:	89,89	Informativa:	95,89	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.108,75**
NF:	0	Base INSS:	1.198,64	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.198,64	Valor FGTS:	95,89	Base IRRF:	633,84

Empr.:	8837 FABIANA APARECIDA LOPES DE LIMA	Situação: Trabalhando	CPF: 216.722.118-59	Adm:	02/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 3	Horas Mês:	180,00
Cargo:	1018 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	C.B.O: 514320	Filial: 1	Salário:	1.550,00

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.498,33 P	998	I.N.S.S.	7,96	161,59 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	44,74 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	62,34	214,73 P				

ND:	0	Proventos:	2.030,79	Descontos:	161,59	Informativa:	162,46	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.869,20**
NF:	0	Base INSS:	2.030,79	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.030,79	Valor FGTS:	162,46	Base IRRF:	1.465,99

Empr.:	8863 FERNANDA BROLEZI OLIVEIRA	Situação: Trabalhando	CPF: 338.840.178-02	Adm:	02/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 2	Horas Mês:	180,00
Cargo:	1017 ATENDENTE DE FARMACIA	C.B.O: 521130	Filial: 1	Salário:	1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.677,03 P	998	I.N.S.S.	7,85	144,13 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	27,56 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	9,15	132,28 P				

ND:	0	Proventos:	2.157,22	Descontos:	144,13	Informativa:	146,94	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.013,09**
NF:	1	Base INSS:	1.836,87	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.836,87	Valor FGTS:	146,94	Base IRRF:	1.272,07

Empr.:	8823 GENI BATISTA RODRIGUES	Situação: Trabalhando	CPF: 213.020.038-95	Adm:	02/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.134,93 P	998	I.N.S.S.	8,15	202,30 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	12,97 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	3,00	62,27 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				

ND:	0	Proventos:	2.483,16	Descontos:	202,30	Informativa:	198,65	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.280,86**
NF:	0	Base INSS:	2.483,16	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.483,16	Valor FGTS:	198,65	Base IRRF:	1.918,36

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8833 GIOVANI HENRIQUE DE PAIVA OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 472.469.438-62 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 5 Horas Mês: 220,00
Cargo: 495 ASSISTENTE DE FATURAMENTO C.B.O: 413115 Filial: 1 Salário: 2.290,24

8781	DIAS NORMAIS	28,00	2.137,56 P	998	I.N.S.S.	8,04	178,07 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	76,34 P				

ND: 0 Proventos: 2.213,90 Descontos: 178,07 Informativa: 177,11 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.035,83**
NF: 0 Base INSS: 2.213,90 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.213,90 Valor FGTS: 177,11 Base IRRF: 1.649,10
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 30/09/2024 a 03/10/2024

Empr.: 8839 INDIANARA LAIANE DOS REIS BARROS Situação: Trabalhando CPF: 096.141.549-50 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.208,55 P	998	I.N.S.S.	8,18	210,01 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	15,57 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	3,00	62,27 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				

ND: 0 Proventos: 2.889,14 Descontos: 210,01 Informativa: 205,50 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.679,13**
NF: 0 Base INSS: 2.568,79 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.568,79 Valor FGTS: 205,50 Base IRRF: 2.003,99

Empr.: 8841 JANAINA DE FATIMA SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 216.206.918-09 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.208,55 P	998	I.N.S.S.	8,48	244,05 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	77,21 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	62,93	308,85 P				

ND: 0 Proventos: 2.877,01 Descontos: 244,05 Informativa: 230,16 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.632,96**
NF: 0 Base INSS: 2.877,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.877,01 Valor FGTS: 230,16 Base IRRF: 2.312,21

Empr.: 8862 JESSICA BARBOSA DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 072.448.764-67 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.134,93 P	998	I.N.S.S.	8,12	195,53 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				

ND: 0 Proventos: 2.407,92 Descontos: 195,53 Informativa: 192,63 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.212,39**
NF: 0 Base INSS: 2.407,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.407,92 Valor FGTS: 192,63 Base IRRF: 1.843,12

Empr.: 8905 JOCIANE DEANA MOREIRA Situação: Trabalhando CPF: 157.953.038-95 Adm: 17/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 4 Horas Mês: 220,00
Cargo: 107 COORD. ADMINISTRATIV C.B.O: 410105 Filial: 1 Salário: 5.000,00

8781	DIAS NORMAIS	14,00	2.333,33 P	998	I.N.S.S.	8,09	188,81 D
217	REEMBOLSO DESP PAGO	626,49	626,49 P				

ND: 0 Proventos: 2.959,82 Descontos: 188,81 Informativa: 186,66 Informativa Dedutora: 0 **Líquido:** **2.771,01**
NF: 0 Base INSS: 2.333,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.333,33 Valor FGTS: 186,66 Base IRRF: 1.768,53

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8933 KELLY CHRISTINI FRUTUOSO DE SOUZA M(Situação: Trabalhando CPF: 399.901.408-39 Adm: 15/09/2024
Vínculo: Celetista Contrato Intermitente CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 220,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 12,27

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	11,00	134,97 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	1,14 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	31,15 P	998	I.N.S.S.	7,50	15,23 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	0,49 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	15,24 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	5,08 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	15,24 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	14,12 P				
218	ADICIONAL NOTURNO 40% INTERM	7,00	2,11 P				

ND:	0	Proventos:	218,40	Descontos:	16,37	Informativa:	17,46	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**202,03**
NF:	0	Base INSS:	218,40	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	218,40	Valor FGTS:	17,46	Base IRRF:	-931,52

Empr.: 8824 KETLIN VASCONCELOS DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 395.639.228-08 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.134,93 P	998	I.N.S.S.	8,12	195,53 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				

ND:	0	Proventos:	2.728,27	Descontos:	195,53	Informativa:	192,63	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.532,74**
NF:	1	Base INSS:	2.407,92	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.407,92	Valor FGTS:	192,63	Base IRRF:	1.843,12

Empr.: 8857 LARISSA BRAGA MACHADO CARLOS Situação: Trabalhando CPF: 479.167.778-19 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 4 Horas Mês: 220,00
Cargo: 531 ARQUIVISTA C.B.O: 261305 Filial: 1 Salário: 1.550,00

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.498,33 P	998	I.N.S.S.	7,59	113,66 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P				
995	SALARIO FAMILIA	1,00	59,97 P				

ND:	0	Proventos:	1.878,65	Descontos:	113,66	Informativa:	119,86	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.764,99**
NF:	1	Base INSS:	1.498,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.498,33	Valor FGTS:	119,86	Base IRRF:	933,53

Empr.: 8825 LARISSA RODRIGUES SANTANA Situação: Trabalhando CPF: 430.839.628-00 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 220,00
Cargo: 1014 FARMACEUTICO RT C.B.O: 223405 Filial: 1 Salário: 4.679,26

8781	DIAS NORMAIS	30,00	4.679,26 P	998	I.N.S.S.	10,79	607,96 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P	999	IMPOSTO DE RENDA	27,50	486,92 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	191,50 P				
200	HORAS EXTRAS 100%	7,17	305,00 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	14,45	461,01 P				

ND:	0	Proventos:	5.957,12	Descontos:	1.094,88	Informativa:	450,94	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**4.862,24**
NF:	0	Base INSS:	5.636,77	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.636,77	Valor FGTS:	450,94	Base IRRF:	5.028,81

EXTRATO MENSAL

Empr.:	8912 LEANDRO SANTIAGO DE SOUZA	Situação: Trabalhando	CPF: 484.880.798-00	Adm:	17/09/2024
Vínculo:	Celetista Contrato Intermitente	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	12,27

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	22,00	269,94 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	2,20 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	44,99 P	998	I.N.S.S.	7,50	29,37 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	1,34 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	29,38 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	9,79 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	29,38 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	28,24 P				
218	ADICIONAL NOTURNO 40% INTERM	14,00	8,02 P				

ND:	0	Proventos:	421,08	Descontos:	31,57	Informativa:	33,68	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**389,51**
NF:	0	Base INSS:	421,08	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	421,08	Valor FGTS:	33,68	Base IRRF:	-747,69

Empr.:	8826 LEIDIANA DOS SANTOS CARDOSO	Situação: Trabalhando	CPF: 483.317.198-83	Adm:	02/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O: 223505	Filial: 1	Salário:	3.477,90

8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.361,97 P	998	I.N.S.S.	9,45	374,81 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	57,19 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	128,84 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	35,52	274,52 P				

ND:	0	Proventos:	3.966,67	Descontos:	503,65	Informativa:	317,33	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**3.463,02**
NF:	0	Base INSS:	3.966,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.966,67	Valor FGTS:	317,33	Base IRRF:	3.401,87

Empr.:	8922 LUCIANA RAMOS DA SILVA	Situação: Trabalhando	CPF: 654.366.283-20	Adm:	12/09/2024
Vínculo:	Celetista Contrato Intermitente	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	220,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	12,27

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	11,00	134,97 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	1,10 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	25,31 P	998	I.N.S.S.	7,50	14,73 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	0,38 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	14,74 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	4,91 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	14,74 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	14,12 P				
218	ADICIONAL NOTURNO 40% INTERM	7,00	2,04 P				

ND:	0	Proventos:	211,21	Descontos:	15,83	Informativa:	16,88	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**195,38**
NF:	0	Base INSS:	211,21	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	211,21	Valor FGTS:	16,88	Base IRRF:	-938,04

Empr.:	8840 MARIA APARECIDA DEGAN	Situação: Trabalhando	CPF: 353.082.158-63	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.208,55 P	998	I.N.S.S.	8,15	203,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				

ND:	0	Proventos:	2.490,95	Descontos:	203,00	Informativa:	199,27	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.287,95**
NF:	0	Base INSS:	2.490,95	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.490,95	Valor FGTS:	199,27	Base IRRF:	1.926,15

EXTRATO MENSAL

Empr.:	8858 MARIA CRISTINA CORNELIO CAVASSAM	Situação: Trabalhando	CPF: 279.079.658-02	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 2	Horas Mês:	180,00
Cargo:	1017 ATENDENTE DE FARMACIA	C.B.O: 521130	Filial: 1	Salário:	1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.734,86 P	998	I.N.S.S.	7,97	163,67 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	4,34 P				
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	59,48 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	1,20	17,35 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,71	237,91 P				

ND:	0	Proventos:	2.053,94	Descontos:	163,67	Informativa:	164,31	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.890,27**
NF:	0	Base INSS:	2.053,94	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.053,94	Valor FGTS:	164,31	Base IRRF:	1.489,14

Empr.:	8859 MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS	Situação: Trabalhando	CPF: 097.606.184-86	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 3	Horas Mês:	180,00
Cargo:	1018 AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	C.B.O: 514320	Filial: 1	Salário:	1.550,00

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.550,00 P	998	I.N.S.S.	7,96	162,77 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	42,31 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	49,14	169,26 P				

ND:	0	Proventos:	2.043,97	Descontos:	162,77	Informativa:	163,51	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.881,20**
NF:	0	Base INSS:	2.043,97	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.043,97	Valor FGTS:	163,51	Base IRRF:	1.479,17

Empr.:	8827 MARINA PIFFER	Situação: Trabalhando	CPF: 343.758.518-56	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O: 223505	Filial: 1	Salário:	3.477,90

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,90 P	998	I.N.S.S.	9,39	364,15 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	23,50 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	115,51 D
331	HORAS EXTRAS 50%	3,00	94,01 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				

ND:	0	Proventos:	3.877,81	Descontos:	479,66	Informativa:	310,22	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**3.398,15**
NF:	0	Base INSS:	3.877,81	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.877,81	Valor FGTS:	310,22	Base IRRF:	3.313,01

Empr.:	8828 PAMELA ROBERTA DA SILVA DE PAULA	Situação: Trabalhando	CPF: 413.673.128-09	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.208,55 P	998	I.N.S.S.	8,07	183,80 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	13,80 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	3,00	55,21 P				

ND:	0	Proventos:	2.277,56	Descontos:	183,80	Informativa:	182,20	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.093,76**
NF:	0	Base INSS:	2.277,56	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.277,56	Valor FGTS:	182,20	Base IRRF:	1.712,76

Empr.:	8829 PATRICIA RODRIGUES MARTINS	Situação: Trabalhando	CPF: 400.230.068-46	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O: 223505	Filial: 1	Salário:	3.477,90

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,90 P	998	I.N.S.S.	9,84	428,72 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	119,23 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	190,36 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,71	476,94 P				

ND:	0	Proventos:	4.356,47	Descontos:	619,08	Informativa:	348,51	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**3.737,39**
NF:	1	Base INSS:	4.356,47	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.356,47	Valor FGTS:	348,51	Base IRRF:	3.791,67

EXTRATO MENSAL

Empr.: 8913 PAULA PEREIRA DA SILVA CARDOSO Situação: Trabalhando CPF: 327.560.528-33 Adm: 06/09/2024
Vínculo: Celetista Contrato Intermitente CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 220,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 12,27

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	539,88 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	4,57 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	134,97 P	998	I.N.S.S.	7,50	60,94 D
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	60,94 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	20,31 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	60,94 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	56,48 P				

ND:	0	Proventos:	873,52	Descontos:	65,51	Informativa:	69,87	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**808,01**
NF:	0	Base INSS:	873,52	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	873,52	Valor FGTS:	69,87	Base IRRF:	-337,33

Empr.: 8854 RENATA MARDEGAN MARQUINI Situação: Trabalhando CPF: 373.528.288-18 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 2 Horas Mês: 180,00
Cargo: 983 AUXILIAR DE FARMACIA C.B.O: 515210 Filial: 1 Salário: 1.734,86

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.734,86 P	998	I.N.S.S.	7,93	156,34 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	47,53 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	13,15	190,11 P				

ND:	0	Proventos:	2.292,85	Descontos:	156,34	Informativa:	157,80	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.136,51**
NF:	1	Base INSS:	1.972,50	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.972,50	Valor FGTS:	157,80	Base IRRF:	1.407,70

Empr.: 8830 ROSELI BASTOS SILVA Situação: Trabalhando CPF: 293.927.938-12 Adm: 01/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM C.B.O: 322205 Filial: 1 Salário: 2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.208,55 P	998	I.N.S.S.	8,47	243,16 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	75,72 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	61,71	302,87 P				

ND:	0	Proventos:	2.869,54	Descontos:	243,16	Informativa:	229,56	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.626,38**
NF:	0	Base INSS:	2.869,54	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.869,54	Valor FGTS:	229,56	Base IRRF:	2.304,74

Empr.: 8860 RYAN CARDOSO PINHEIRO Situação: Trabalhando CPF: 411.662.468-33 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 1 Horas Mês: 180,00
Cargo: 20 ENFERMEIRO (A) C.B.O: 223505 Filial: 1 Salário: 3.477,90

8781	DIAS NORMAIS	29,00	3.361,97 P	998	I.N.S.S.	9,36	358,53 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	77,01 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	108,48 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	254,16 P	8792	DIAS FALTAS	2,00	231,86 D
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	47,83	369,66 P				

ND:	0	Proventos:	4.062,80	Descontos:	698,87	Informativa:	306,47	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**3.363,93**
NF:	0	Base INSS:	3.830,94	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.830,94	Valor FGTS:	306,47	Base IRRF:	3.266,14

Empr.: 8861 SAMIRA CASSIA SANTOS FUZETO ROPELLE Situação: Trabalhando CPF: 304.515.978-85 Adm: 02/09/2024
Vínculo: Celetista CC: 1 Depto: 4 Horas Mês: 220,00
Cargo: 344 AUXILIAR ADMINISTRATIVO C.B.O: 411005 Filial: 1 Salário: 1.675,51

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.619,66 P	998	I.N.S.S.	7,69	124,58 D
207	AUXILIO CRECHE	640,70	640,70 P				
995	SALARIO FAMILIA	3,00	179,92 P				

ND:	0	Proventos:	2.440,28	Descontos:	124,58	Informativa:	129,57	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.315,70**
NF:	3	Base INSS:	1.619,66	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.619,66	Valor FGTS:	129,57	Base IRRF:	1.054,86

EXTRATO MENSAL

Empr.:	8870 SANDRA REGINA SOUZA VIEIRA DOS SANT	Situação: Trabalhando	CPF: 221.489.198-65	Adm:	02/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.134,93 P	998	I.N.S.S.	8,30	226,80 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	56,08 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,85	269,20 P				

ND:	0	Proventos:	2.733,20	Descontos:	226,80	Informativa:	218,65	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.506,40**
NF:	0	Base INSS:	2.733,20	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.733,20	Valor FGTS:	218,65	Base IRRF:	2.168,40

Empr.:	8838 SARAH FERREIRA OLIVEIRA SILVA	Situação: Trabalhando	CPF: 372.202.908-29	Adm:	02/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	2.208,55

8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.134,93 P	998	I.N.S.S.	8,16	205,96 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	12,97 P				
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	7,01 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	3,00	62,27 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	272,99 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	6,86	33,67 P				

ND:	0	Proventos:	2.523,84	Descontos:	205,96	Informativa:	201,90	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**2.317,88**
NF:	0	Base INSS:	2.523,84	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.523,84	Valor FGTS:	201,90	Base IRRF:	1.959,04

Empr.:	8893 SHEILA PRADO SIQUEIRA	Situação: Trabalhando	CPF: 283.407.818-12	Adm:	05/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 2	Horas Mês:	180,00
Cargo:	1017 ATENDENTE DE FARMACIA	C.B.O: 521130	Filial: 1	Salário:	1.754,00

8781	DIAS NORMAIS	26,00	1.520,13 P	998	I.N.S.S.	7,70	124,95 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	19,93 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	21,47	83,69 P				

ND:	0	Proventos:	1.623,75	Descontos:	124,95	Informativa:	129,90	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**1.498,80**
NF:	0	Base INSS:	1.623,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.623,75	Valor FGTS:	129,90	Base IRRF:	1.058,95

Empr.:	8831 SILVIA HELENA GONCALVES DOS REIS SAN	Situação: Trabalhando	CPF: 110.745.468-90	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O: 223505	Filial: 1	Salário:	3.477,90

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,90 P	998	I.N.S.S.	9,39	364,15 D
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	23,50 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	115,51 D
331	HORAS EXTRAS 50%	3,00	94,01 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				

ND:	0	Proventos:	3.877,81	Descontos:	479,66	Informativa:	310,22	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**3.398,15**
NF:	0	Base INSS:	3.877,81	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.877,81	Valor FGTS:	310,22	Base IRRF:	3.313,01

Empr.:	8909 SONIA DA SILVA MENEZES	Situação: Trabalhando	CPF: 471.544.198-57	Adm:	09/09/2024
Vínculo:	Celetista Contrato Intermitente	CC: 1	Depto: 1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	C.B.O: 322205	Filial: 1	Salário:	12,27

9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	539,88 P	825	INSS 13o SALARIO	7,50	4,31 D
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	85,24 P	998	I.N.S.S.	7,50	57,56 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	1,26 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	57,57 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	19,19 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	57,57 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	20,00	56,48 P				
218	ADICIONAL NOTURNO 40% INTERM	7,00	7,96 P				

ND:	0	Proventos:	825,15	Descontos:	61,87	Informativa:	66,00	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**763,28**
NF:	0	Base INSS:	825,15	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	825,15	Valor FGTS:	66,00	Base IRRF:	-381,21

EXTRATO MENSAL

Empr.:	8832 YALUNI NAIARA UWASA CHICONATO CAMA	Situação:	Trabalhando	CPF:	320.961.178-52	Adm:	01/09/2024
Vínculo:	Celetista	CC:	1	Depto:	1	Horas Mês:	180,00
Cargo:	20 ENFERMEIRO (A)	C.B.O:	223505	Filial:	1	Salário:	3.477,90

8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.477,90 P	998	I.N.S.S.	9,40	365,94 D
207	AUXILIO CRECHE	320,35	320,35 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	117,75 D
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	26,49 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	282,40 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	13,71	105,96 P				

ND:	0	Proventos:	4.213,10	Descontos:	483,69	Informativa:	311,42	Informativa Dedutora:	0	**Líquido:**	**3.729,41**
NF:	2	Base INSS:	3.892,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.892,75	Valor FGTS:	311,42	Base IRRF:	3.327,95

Total Geral Proventos:	97.258,44	Total Geral Descontos:	10.377,00
		Líquido Geral:	86.881,44

Resumo por Rubrica

16	INSALUBRIDADE 20%	420,00	5.713,92 P	825	INSS 13o SALARIO	45,00	21,88 D
200	HORAS EXTRAS 100%	7,17	305,00 P	998	I.N.S.S.	323,61	8.160,17 D
207	AUXILIO CRECHE	2.883,15	2.883,15 P	999	IMPOSTO DE RENDA	152,50	1.963,09 D
217	REEMBOLSO DESP PAGO	626,49	626,49 P	8792	DIAS FALTAS	2,00	231,86 D
218	ADICIONAL NOTURNO 40% INTERM	49,00	52,28 P				
219	INSALUBRIDADE 20% INTERMITEN	120,00	238,76 P				
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	391,31 P				
300	ADICIONAL NOTURNO 40%	564,07	2.933,23 P				
331	HORAS EXTRAS 50%	60,95	1.303,08 P				
995	SALARIO FAMILIA	4,00	239,89 P				
8781	DIAS NORMAIS	943,00	77.919,14 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	76,34 P				
8924	REFLEXO HORAS ADIC. NOTURNO D	0,00	690,00 P				
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	186,00	2.662,92 P				
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	541,30 P				
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	6,00	292,13 P				
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	6,00	292,13 P				
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	199,98	97,37 P				

Líquido Geral: 86.881,44

EXTRATO MENSAL

INSS		FGTS, PIS e ISS	
Salário contribuição empregados:	93.277,05	Base do FGTS:	93.277,05
Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor do FGTS:	7.461,97
Excedente:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Base total:	93.277,05	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Segurados:	8.182,05	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:	8.182,05	Valor PIS:	0,00
Base INSS Receita Bruta:	0,00	Base ISS:	0,00
(-) Salário Família:	239,89	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:	70.355,93	Base IRRF Mensal:	0,00
Valor IRRF Mensal:	1.963,09	Valor IRRF Mensal:	0,00
Base IRRF Férias:	389,50	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:	1.963,09	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:	39	Demitido:	0
No. Estagiários:	0	Transferido:	0
Trabalhando:	39	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:	39
Doença Profissional:	0	No. Contribuintes:	0
Licença sem vencimento:	0		

EXTRATO MENSAL

Apuração Tributos Federais

Saldo a compensar

(-)Compensação DCOMP:	0,00	(-)Salário Família:	800,32
(-)Salário Maternidade:	9.295,07	(-)Retenções:	0,00

Encargos	Valor	(-)Compensação DCOMP	(-)Salário Família	(-)Salário Maternidade	(-)Retenções	Saldo a recolher
INSS Segurado(Folha):	266.022,62	0,00	800,32	9.295,07	0,00	255.927,23
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):	142.878,32	0,00	0,00	0,00	0,00	142.878,32
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:	**398.805,55**

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.

Empresa:	**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA**	Página:	1 / 1
CNPJ:	45.349.461/0001-02	Emissão:	03/10/2024
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	18:41:54
Competência:	09/2024		

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8855	ALEXYA ALVES DE LIMA ELERO	446.703.288-67	73764-X	1.495,08
8836	ANA CARLA DA SILVA	330.290.378-27	26163-7	1.688,67
8856	ANA CAROLINE CHILAVER BISPO	352.316.748-50	73801-8	5.102,88
8834	ANA ELISA DE OLIVEIRA	356.430.708-71	34260-2	1.682,14
8835	ANA LUCIA DE SOUZA POLLI DE CAI	304.459.748-00	65386-1	1.633,09
8910	ARGEMIRO ALVES DA SILVA JUNIOF	432.848.568-70	73831-X	1.513,28
8915	ELAINE CRISTINA DE OLIVEIRA	218.160.248-48	57482-1	396,43
8906	ELIZANDRA MARIA DA CONCEICAO	201.767.608-06	9766-7	1.108,75
8837	FABIANA APARECIDA LOPES DE LIM	216.722.118-59	190383-7	1.869,20
8863	FERNANDA BROLEZI OLIVEIRA	338.840.178-02	55471-5	2.013,09
8823	GENI BATISTA RODRIGUES	213.020.038-95	16963-1	2.280,86
8833	GIOVANI HENRIQUE DE PAIVA OLIV	472.469.438-62	68289-6	2.035,83
8839	INDIANARA LAIANE DOS REIS BARR	096.141.549-50	66478-2	2.679,13
8841	JANAINA DE FATIMA SOUZA	216.206.918-09	51842-5	2.632,96
8862	JESSICA BARBOSA DOS SANTOS	072.448.764-67	24033-8	2.212,39
8905	JOCIANE DEANA MOREIRA	157.953.038-95	73812-3	2.771,01
8933	KELLY CHRISTINI FRUTUOSO DE SC	399.901.408-39	25601-3	202,03
8824	KETLIN VASCONCELOS DA SILVA	395.639.228-08	69308-1	2.532,74
8857	LARISSA BRAGA MACHADO CARLOS	479.167.778-19	73818-2	1.764,99
8825	LARISSA RODRIGUES SANTANA	430.839.628-00	73829-8	4.862,24
8912	LEANDRO SANTIAGO DE SOUZA	484.880.798-00	67743-4	389,51
8826	LEIDIANA DOS SANTOS CARDOSO	483.317.198-83	66293-3	3.463,02
8922	LUCIANA RAMOS DA SILVA	654.366.283-20	42658-X	195,38
8840	MARIA APARECIDA DEGAN	353.082.158-63	65736-0	2.287,95
8858	MARIA CRISTINA CORNELIO CAVAS	279.079.658-02	73802-6	1.890,27
8859	MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS	097.606.184-86	61032-1	1.881,20
8827	MARINA PIFFER	343.758.518-56	58752-4	3.398,15
8828	PAMELA ROBERTA DA SILVA DE PAU	413.673.128-09	61605-2	2.093,76
8829	PATRICIA RODRIGUES MARTINS	400.230.068-46	50592-7	3.737,39
8913	PAULA PEREIRA DA SILVA CARDOSC	327.560.528-33	73846-8	808,01
8854	RENATA MARDEGAN MARQUINI	373.528.288-18	73768-2	2.136,51
8830	ROSELI BASTOS SILVA	293.927.938-12	70453-9	2.626,38
8860	RYAN CARDOSO PINHEIRO	411.662.468-33	26566-7	3.363,93
8861	SAMIRA CASSIA SANTOS FUZETO R	304.515.978-85	73751-8	2.315,70
8870	SANDRA REGINA SOUZA VIEIRA DO	221.489.198-65	22717-0	2.506,40
8838	SARAH FERREIRA OLIVEIRA SILVA	372.202.908-29	66329-8	2.317,88
8893	SHEILA PRADO SIQUEIRA	283.407.818-12	73794-1	1.498,80
8831	SILVIA HELENA GONCALVES DOS RI	110.745.468-90	109071-2	3.398,15
8909	SONIA DA SILVA MENEZES	471.544.198-57	72552-8	763,28
8832	YALUNI NAIARA UWASA CHICONAT	320.961.178-52	50601-X	3.729,41
	Empregados: 40 Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa:	87.277,87

GARCA, 03/10/2024 Responsável:

```
07/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   13:53:47
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090176838700100012366175198500000510600
BENEFICIARIO:
MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIA
NOME FANTASIA:
MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HO
CNPJ: 10.203.274/0001-31
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             100.401
NOSSO NUMERO                   17683870000012366
CONVENIO                                 01768387
DATA DE VENCIMENTO                     25/09/2024
DATA DO PAGAMENTO                      04/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       5.106,00
JUROS/MULTA                                253,77
VALOR COBRADO                            5.359,77
==================================================
NR.AUTENTICACAO            6.0C7.D39.301.7A8.BDA
==================================================
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 MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Rua Ângelo Frare, 416 - Conjunto Habitacional Alberto Marques - AMPARO - SP.
Emissão: 28/08/2024 Valor Total: R$ 5.106,00.

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.017.003
Série 001

MEDCONTROL COMERCIO DE MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI

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

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.017.003
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0810 2032 7400 0131 5500 1000 0170 0314 8676 7145

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	**135241894156702 28/08/2024 16:27:01**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
209414263117		10.203.274/0001-31

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	28/08/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50	Williams	17402-064	28/08/2024

MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
GARCA	SP	(14)3407-5066		16:26:03

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
	45.349.461/0001-02	

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
Rua Ângelo Frare 416	Conjunto Habitacional Alberto Marques	13905-675

MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX
AMPARO	SP	

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 17003 - Valor Original: R$ 5.106,00 - Valor Desconto: R$ 0,00 - Valor Líquido: R$ 5.106,00

PARCELAS

Número	: 001
Vencimento	: 25/09/2024
Valor	: R$ 5.106,00

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
5.106,00	919,08	0,00	0,00	5.106,00

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	5.106,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / 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
3	VOLUME			30,000	30,000

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	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
54	FITA TESTE PARA ACIDO PERACETICO - Val Aprox Tributos: 36,80 (31,45%)	56031290	000	5102	UN	30,0000	3,9000	0,00	117,00	117,00	21,06	0,00	18,00	0,00
314	IND. BIOLOGICO 3 HORAS BITEST CX 50 UNIDADES - Val Aprox Tributos: 518,92 (31,45%)	38210000	000	5102	CX	1,0000	1.650,0000	0,00	1.650,00	1.650,00	297,00	0,00	18,00	0,00
571	INTEGRADOR QUIM. TIPO 5 MEDCONTROL CI-TEST VAPOR - 200 UND - Val Aprox Tributos: 186,81 (31,45%)	38229000	000	5102	PCT	3,0000	198,0000	0,00	594,00	594,00	106,92	0,00	18,00	0,00
573	TESTE BOWIE DICK MEDCONTROL PRONTO USO 4KG - Val Aprox Tributos: 207,57 (31,45%)	38229000	000	5102	UN	30,0000	22,0000	0,00	660,00	660,00	118,80	0,00	18,00	0,00
880	PROSANI PROX50 - FR 5 LITROS - Val Aprox Tributos: 303,81 (31,45%)	28289011	000	5102	UN	1,0000	966,0000	0,00	966,00	966,00	173,88	0,00	18,00	0,00
915	MEDZYME 7E - DET. 7 ENZIMAS 5LT - Val Aprox Tributos: 372,18 (33,26%)	34029039	000	5405	GL	3,0000	373,0000	0,00	1.119,00	1.119,00	201,42	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Boleto
termo de convenio pronto atendimento de São Dimas- Prefeitura Municipal de Amparo-SP. Entregar no endereço RUA ANGELO FRARE, 416 CONJ HAB. ALBERTO MARQUES, AMPARO-SP CEP 13905-675 COMODATO DE 1 INCUBADORA 3HS.
.
Tributos aproximados R$ 707,01 Fed., R$ 919,08 Est., R$ 0,00 Mun. Fonte: IBPT 24.2.A

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

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

```
07/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:57:54
306203062          SEGUNDA VIA              0013
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 07/10/2024
NR. DOCUMENTO                550.869.000.057.221
VALOR TOTAL                           58.175,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TAFSERV T SERVICOS LTDA
AGENCIA: 0869-9          CONTA:         57.221-7
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            3.901.19C.E54.1E4.4D3
```

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ

SECRETARIA DE FINANÇAS

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e

58

Data e Hora da Emissão	07/10/2024 15:15:27	Competência	1/10/2024	Código de Verificação	FXZLNSDZK
Número do RPS		No. da NFS-e substituída	56	Local da Prestação	AMPARO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	TAF SERV COMERCIO E SERVICOS LTDA				
Nome Fantasia	TAFSERV TERCEIRIZACAO				
CNPJ/CPF	16.715.501/0001-94	Inscrição Municipal	76077	Município	MAUA - SP
Endereço e Cep	RUA DOS BANDEIRANTES ,679 - VILA BOCAINA CEP: 09310-360				
Complemento:		Telefone:	(11)4518-6569	e-mail:	TAFSERV.SERVICOS@GMAIL.COM.BR

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0019-31	Inscrição Municipal		Município	AMPARO - SP
Endereço e CEP	RUA ANA CINTRA ,332 - JARDIM PRIMAVERA CEP: 13901-310				
Complemento:		Telefone:		e-mail:	

Discriminação dos Serviços

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PORTEIRO, AGENTE DE HIGIENIZAÇÃO E RECEPCIONISTA.

CONTRATO N° 03992/2024
TERMO DE CONVENIO N° 021/2024
PERIODO : 09/2024

BASE DE CALCULO DO INSS 50% COM USO DE MÃO DE OBRA CONFORME A IN 2110/2022 ART 116/117/118/119

DADOS PARA PAGAMENTO
BANCO DO BRASIL: 001
AGENCIA: 0869-9 / CONTA CORRENTE: 57221-7
PIX (E-MAIL): tafterceirizacoes@gmail.com

Código do Serviço / Atividade

17.05 / 2461 - FORNECIMENTO DE MAODEOBRA

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)	3.575,00	CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	65.000,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	65.000,00
(-) Desconto Incondicionado		2-Tributação fora do município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	3.575,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	65.000,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	5,00
(-) ISS Retido	3.250,00	1 - Sim	ISS a reter:	(X) Sim () Não
(=) Valor Líquido R$	58.175,00	Incentivador Cultura 2-Não	(=) Valor do ISS: R$	3.250,00

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, maua.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

TAFSERVICE
FACILITIES

Mauá, 01 DE OUTUBRO DE 2024.

A

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

Departamento: Financeiro / Gestão

Assunto: NF Prestação de serviços

A empresa **TAFSERV TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS LTDA**, inscrita no CNPJ 16.715.501/0001-94, localizada na Rua dos Bandeirantes, 679 - Mauá/SP - CEP 09310-360, vem por meio deste demonstrativo notificar a NF **58:**

Objeto: Prestação de Serviços de Porteiro, Agente de Higienização e Recepcionista,

Período: 09/2024

Valor Total da Prestação de Serviços – R$ 65.000,00 (Sessenta e Cinco Mil Reais)

Valor Total de Impostos – R$ 6.825,00 (Seis Mil e Oitocentos e Vinte Reais)

Valor Liquido a Receber – R$ 58.175,00 (Cinquenta e Oito MilOitenta e Cinco Mil, Setecentos e Quarenta e Oito Reais e Dezesseis Centavos)

TAFSERV TERCEIRIZACAO DE SERVICOS LTDA:16715501000194

Assinado de forma digital por TAFSERV TERCEIRIZACAO DE SERVICOS LTDA:16715501000194
Dados: 2024.10.07 15:19:47 -03'00'

TAFSERV TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS LTDA
Departamento Financeiro

```
07/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:57:54
306203062          SEGUNDA VIA              0009
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 07/10/2024
NR. DOCUMENTO                556.845.000.031.205
VALOR TOTAL                            2.500,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PROSPERER LTDA
AGENCIA: 6845-4          CONTA:         31.205-3
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            8.701.B38.323.7C0.880
```

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

159047451O

Nº Nota	105
Série	2
Nº RPS:	-
Data de Emissão	01/OUT/2024 - 11:29:01
Competência	10/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **PROSPERER LTDA**
Nome Fantasia:
Insc. Municipal: **55325**
Insc. Estadual:
CNPJ/CPF: **10.899.196/0001-51**
Endereço: **RUA CAMPOS SALLES, 107**
CEP: **13.560-296**
Complemento **LOC.. 047 Q.. 00L L.. 006**
Bairro: **VILA MONTEIRO**
País: **BRASIL**
Município: **São Carlos**
UF: **SP**
Telefone:
E-mail: **ADALBERTO@PROSPERER.COM.BR**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0019-31**
Insc. Municipal:
Insc. Estadual:
Endereço: **ANA CINTRA, 332**
CEP: **13.901-310**
Complemento:
Bairro: **JARDIM PRIMAVERA**
País: **BRASIL**
Município: **AMPARO**
UF: **SP**
Telefone:
E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de Contas.

Contrato de Gestão 021/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Amparo

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dados bancários:
Banco do Brasil
Agencia 6845-4
Conta 31205-3
Chave Pix: 10.899.196/0001-51

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.500,00

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	2.500,00	2,00	50,00	2.500,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

O ISSQN desta NFS-e será recolhido pelo PRESTADOR.

Empresa optante do Simples Nacional.

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

Local _____ Data _____ Assinatura _____

Código de Verificação:
159047451O

Número da Nota:
105

Consultas - Emissão de comprovantes

G3321115447242241
11/10/2024 16:06:11

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.11
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA:      59.420-3

FAVORECIDO:  TH MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS MEDIC
CPF/CNPJ: 42.160.334/0001-72
VALOR: R$                               3.000,00
DEBITO EM: 07/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 100701
AUTENTICACAO SISBB:        B.B74.6FD.1AB.52E.45D
```

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20241001u42160334000172

Número da Nota
00000247

Data e Hora de Emissão
01/10/2024 15:10:50

Código de Verificação
8MQM-I8QX

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **42.160.334/0001-72** Inscrição Municipal: **6.958.531-8**
Nome/Razão Social: **TH ENGENHARIA CLINICA HOSPITALAR LTDA**
Endereço: **AV PAULISTA 1765, ANDAR 7 - BELA VISTA - CEP: 01311-930**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0019-31** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **Rua RUA ANA CINTRA 332 - JARDIM PRIMAVERA - CEP: 13901-310**
Município: **Amparo** UF: **SP** E-mail: **-----**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

servicos de engenharia clinica
Termo de Convenio 021/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Amparo.
SET 2024

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 3.000,00

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

Código do Serviço
07498 - Conserto, restauração, manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, elevadores e congêneres.

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.11
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
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$                              2.500,00
DEBITO EM: 07/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 100702
AUTENTICACAO SISBB:        9.263.FD1.AD5.2F3.636
```

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

159123088N

Nº Nota	**54**
Série	**2**
Nº RPS:	**-**
Data de Emissão	**01/OUT/2024 - 16:41:18**
Competência	**10/2024**

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 BRASIL**
CNPJ/CPF: **45.349.461/0019-31** Insc. Municipal: Insc. Estadual:
Endereço: **R ANA CINTRA, 332** CEP: **13.901-310**
Complemento: Bairro: **JARDIM PRIMAVERA** País: **BRASIL**
Município: **AMPARO** UF: **SP** Telefone:
E-mail: **CONTROLADORIA@AHBB.ORG.BR**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

servicos de contabilidade
Termo de Convenio 021/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Amparo.
PERIODO SET 2024

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.500,00

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	2.500,00	3,00	75,00	2.500,00

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:
159123088N

Número da Nota:
54

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.11
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
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: 07/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 100703
AUTENTICACAO SISBB:        6.E39.454.69B.34B.F5F
```

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE RECEITAS E RENDAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

Código de Verificação

15913018DC

Nº Nota	**220**
Série	**2**
Nº RPS:	**-**
Data de Emissão	**01/OUT/2024 - 17:25:31**
Competência	**10/2024**

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: **45.349.461/0019-31** | Insc. Municipal: | Insc. Estadual:

Endereço: **R ANA CINTRA, 332** | CEP: **13.901-310**

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

Município: **AMPARO** | UF: **SP** | Telefone:

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Assessoria RH/Folha
Contrato de Gestao 021/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Amparo
PERIODO SET 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:
15913018DC

Número da Nota:
220

```
08/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   11:27:38
306203062          SEGUNDA VIA              0002
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 08/10/2024
NR. DOCUMENTO                550.171.000.000.560
VALOR TOTAL                                220,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SILVANA BAIOCCHI G ME
AGENCIA: 0171-6          CONTA:            560-6
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            F.987.2A9.D3F.05D.84D
```

RECEBEMOS DE SILVANA BAIOCHI GONCALVES - EPP OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

NF-e

0000291802

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Identificação do Emitente:

Rispel Distribuidora

SILVANA BAIOCHI GONCALVES - EPP
SIQUEIRA CAMPOS . 6
SANTA CRUZ ITAPIRA
SP 38431154 13.974-065

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

1 - SAIDA
2 - ENTRADA 1

No **0000291802**

Série **1**
Folha: **1 / 1**

CONTROLE DO FISCO

Protocolo de autorização de uso:
135241900497628

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF_e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.B
374040825112		01.989.200/0001-81	35.2408.01.989.200/0001.81-55-001-000.291.802-140.916.063.4

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	29/08/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
ANA CINTRA . 332	JARDIM PRIMAVERA	13.901-310	29/08/2024

MUNICIPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
AMPARO		SP		07:51:34

FATURA
Vencto:26/09/2024 Valor:220

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
220.00	39.60	0.00	0.00	220.00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	220.00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTE ITAPIRENSE BERTINI LTDA	0 - REMETENTE(CIF) 1 - DESTINATÁRIO(FOB) 2 - POR C/TERCEIROS 3 -PRÓP. REMETENTE 4 -PRÓP. DESTINÁTARIO 9 -SEM OCORRÊNCIA: 0	1234567	SP	57.634.677/0001-07

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RODOVIA SP 147, KM 45 324	ITAPIRA	SP	374005922110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	Outros			1,00	0,00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	V. UNITARIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
00047085	CRACHA PVC 54X86 UN	85232919	000	5102	UN	100.00	2,2000	220,00	220.00	39.60	0,00	18.00	0,00

CÁLCULO I S S Q N

INSCRICÃO ESTADUAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Termo de convenio Pronto Atendimento SAo Dimas Prefeitura Municipal de Amparo SP [VR.APROX.TRIBUTOS R$ 113.28 (51.00 %) FONTE:IBPT Pis/Cofins R$ 20.35

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

```
08/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   11:27:38
306203062          SEGUNDA VIA              0006
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 08/10/2024
NR. DOCUMENTO                550.171.000.000.560
VALOR TOTAL                                349,50
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SILVANA BAIOCCHI G ME
AGENCIA: 0171-6          CONTA:            560-6
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            A.930.693.A81.0A4.E46
```

RECEBEMOS DE SILVANA BAIOCHI GONCALVES - EPP OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

NF-e

0000291872

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Identificação do Emitente:

Rispel Distribuidora

SILVANA BAIOCHI GONCALVES - EPP
SIQUEIRA CAMPOS . 6
SANTA CRUZ ITAPIRA
SP 38431154 13.974-065

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

1 - SAIDA
2 - ENTRADA 1

No **0000291872**

Série **1**
Folha: **1 / 1**

CONTROLE DO FISCO

Protocolo de autorização de uso:
135241912952362

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF_e P/ CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.B
374040825112		01.989.200/0001-81	35.2408.01.989.200/0001.81-55-001-000.291.872-140.916.155.4

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	30/08/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
ANA CINTRA . 332	JARDIM PRIMAVERA	13.901-310	30/08/2024

MUNICIPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
AMPARO		SP		08:07:38

FATURA
Vencto:27/09/2024 Valor:349.5

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	349.50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	349.50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTE ITAPIRENSE BERTINI LTDA	0 - REMETENTE(CIF) 1 - DESTINATÁRIO(FOB) 2 - POR C/TERCEIROS 3 -PRÓP. REMETENTE 4 -PRÓP. DESTINÁTARIO 9 -SEM OCORRÊNCIA: 0	1234567	SP	57.634.677/0001-07

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RODOVIA SP 147, KM 45 324	ITAPIRA	SP	374005922110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	Outros			2,00	0,00

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	V. UNITARIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
00002526	TELEFONE INTELBRAS PLENO COM FIO PRETO REF.4080051	85171830	060	5405	UN	5.000	69,9000	349,50	0.00	0.00	0,00	0.00	0,00

CÁLCULO I S S Q N

INSCRICÃO ESTADUAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Termo de convenio Pronto Atendimento SAo Dimas Prefeitura Municipal de Amparo SP [VR.APROX.TRIBUTOS R$ (%) FONTE:IBPT Pis/Cofins R$ 32.33

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.11
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0029-9 - AMPARO
CONTA:  13.007.857-0

FAVORECIDO:  BIOLIFE ANALISES CLINICAS E DIAGNOS
CPF/CNPJ: 41.095.926/0001-95
VALOR: R$                              9.000,00
DEBITO EM: 08/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 100801
AUTENTICACAO SISBB:        8.8F7.563.C06.308.A65
```

39/NFS-e

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E ORÇAMENTO

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número / Série	39 / NFS-e	**Emissão**	03/10/2024 07:55:44	**Incidência**	Amparo (SP)	**ISS a reter**	Não
Prest. do Serviço	03/10/2024	**Código de verificação**	30J8.BTSL.J5Q2.VTNN	**Exigibilidade**	Exigível	**RPS**	

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: BIOLIFE ANALISES CLINICAS E DIAGNOSTICOS LTDA
CPF / CNPJ: 41.095.926/0001-95 **Reg.:** Simples
Endereço: R. ANA CINTRA, 332 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - Cep: 13901310
Telefone: **Município:** Amparo - SP **País:** Brasil
Insc. Mun.: 27850 **Cod. Mob.:** 027850 **Insc. Est.:**
Email: paulopitarello@escritoriopitarello.com.br
Nome Fant.: CONFIALAB

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF / CNPJ: 45.349.461/0019-31 **Reg.:** Faturamento
Endereço: R. ANA CINTRA, 332 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - Cep: 13901-310
Telefone: **Município:** Amparo - SP **País:** Brasil
Insc. Mun.: 211999 **Insc. Est.:**
Email: controladoria@ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES. (2,00 %)

* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Total
UPA SÂO DIMAS; Serviços prestados em Setembro/2024 na UPA -" Contrato de Gestão 021/2024 Òrgão: Prefeitura Municipal de Amparo	R$ 9.000,00

Observações

Dados bancários para deposito:
Banco: Santander
Ag: 0029
C/C: 13007857-0
Titular: BIOLIFE ANALISES CLINICAS E DIAGNOSTICOS LTDA
Chave pix: 41095926000195

Tributos Federais

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

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R$)	ISS(R$)	Desconto Condicional(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota (%)
9.000,00	180,00	0,00	9.000,00	2,00 %
Outras Retenções(R$)				
0,00			**Valor Líquido:**	**R$ 9.000,00**

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por:BIOLIFE ANALISES CLINICAS E DIAGNOSTICOS LTDA

Recebi(emos) de **BIOLIFE ANALISES CLINICAS E DIAGNOSTICOS LTDA**, os serviços constantes da nota fiscal Nº 39, série NFS-e, conforme verificável pelo endereço eletrônico:
http://www.nfe-cidades.com.br/documento/30J8.BTSL.J5Q2.VTNN

Data: / / Assinatura:

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.11
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4522-5 - SOROCABA/PARQUE CAMPOLIN
CONTA:      42.060-5

FAVORECIDO:  INTECC INTELIGENCIA EM TECNOLOGIA D
CPF/CNPJ: 27.340.880/0001-00
VALOR: R$                              4.100,00
DEBITO EM: 08/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 100802
AUTENTICACAO SISBB:        0.173.F3F.1DF.522.277
```

MUNICÍPIO DE MOGI MIRIM
SECRETARIA DE FINANÇAS

Nº da Nota - Serie
0000000731 - E

Autenticidade
CZYW-UCCP

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

Data de Emissão ....: **03/10/2024 11:25:55**
Competência (Serv.).: **10/2024**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **INTECC INTELIGÊNCIA EM TECNOLOGIA DA COMPUTAÇÃO LTDA**
Nome Fantasia: **INTECC INTELIGENCIA**
CPF/CNPJ.....: **27.340.880/0001-00** **IM: 32495** IE: Fone:.
Endereço.....: **RUA ULHOA CINTRA DR,490 - CEP:13800061**
Município....: **Mogi Mirim** UF: **SP** Email: **controladoria@intecc.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social.: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Nome Fantasia:
CPF/CNPJ.....: **45.349.461/0019-31** IM: IE: **ISENTO** Fone: **(16) 3374-8438**
Endereço.....: **RUA RUA ANA CINTRA,332 - CEP : 13901310, JARDIM PRIMAVERA**
Município....: **AMPARO** UF: **SP**
Email.....: **controladoria@ahbb.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Sessão de direito de uso de software de prontuário eletrônico e hospedagem na unidade São Dimas no período de 01/09/2024 a 30/09/2024, em conformidade com o Termo de Convênio no 021/2024 firmado entre o Município de Amparo e a AHBB Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Banco Itaú 341

Agência 4522

cc 42060-5

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

Processo executado por: 172.16.20.60

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site:

mogimirim.sigiss.com.br

Situação de Tributação

Tributada no Prestador

Tributada em Mogi Mirim.

Código do Serviço

107 - Suporte técnico em informática, inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.

I.N.S.S. (R$)	I.RENDA (R$)	PIS (R$)	COFINS (R$)	CSLL (R$)	OUTRAS DEDUÇÕES (R$)
0,00	**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 Prestador e não implicam na base de cálculo

VALOR TOTAL	DEDUÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR DO ISS	VALOR LÍQUIDO
4.100,00	0,00	4.100,00	5,0000%	205,00	4.100,00

RECEBEMOS DE M.P. ETIQUETAS LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 09/09/2024 - DEST. / REM : ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R$ 269.00

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº 000001908 SÉRIE 001

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

M.P. ETIQUETAS LTDA

MP ETIQUETAS

RUA ERNESTO CORSI, 79 - JARDIM SILMARA - CEP:13905-270 - AMPARO - SP
TEL: (19)3807-4144

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000001908 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3524 0929 0065 4400 0142 5500 1000 0019 0817 1845 6446

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 MERC TERCEIROS	135241998366614 09/09/2024 11:24:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB	CNPJ / CPF
168093200117		29.006.544/0001-42

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	09/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DR. O5RLANDO T SANTOS, 50	WILLIAMS	17042-064	09/09/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
GARCA	(16)3374-8438	SP		11:23:56

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	1908	269,00	0,00	269,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	07/10/2024	269,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	96,03	269,00
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	269,00

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
1	CAIXA		Num.: 1		

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
1084	RIBBON CERA 110X91MTS	48211000	0102	5102	PECA	1,00	9,50	9,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1447	ETIQEUTA ADES. 105X35 C/ SERRILHA	48219000	0102	5102	UN	7,00	29,50	206,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1205	ETIQUETA ADES. 34X23X3C TERMICA	48211000	0102	5102	PECA	2,00	26,50	53,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- TERMO DE CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP
- IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO - ART. 313-Z19 DO RICMS.
- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
- NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, IPI E ISS NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123/06.

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

Scanned with CamScanner

Santander 033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 07/10/2024
Beneficiário M P ETIQUETAS LTDA ME - 29.006.544/0001-42 R SARDENHA, 54 - JARDIM DAS ORQUIDEAS - CEP: 13901-021 - AMPARO - SP	Agência / Cod. Beneficiário 0029 / 000766011

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
09/09/2024	1908	DM	Não	09/09/2024	0000000000089
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		269,00

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 08/10/2024 R$ 13,45
JUROS DIARIO DE R$ 0,44

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL - 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS
GARCA / SP - 17402-064

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

Santander 033-7 03399.07669.01100.000007.00008.901019.9.98620000026900

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 07/10/2024
Beneficiário M P ETIQUETAS LTDA ME - 29.006.544/0001-42 R SARDENHA, 54 - JARDIM DAS ORQUIDEAS - CEP: 13901-021 - AMPARO - SP	Agência / Cod. Beneficiário 0029 / 000766011

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
09/09/2024	1908	DM	Não	09/09/2024	0000000000089
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		269,00

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
MULTA APOS 08/10/2024 R$ 13,45
JUROS DIARIO DE R$ 0,44

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSP BENEFICIENTE DO BRASIL - 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS
GARCA / SP - 17402-064

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

Scanned with CamScanner

```
11/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:06:11
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
------------------------------------------------
03399076690110000000700009101015298630000007600
BENEFICIARIO:
M P ETIQUETAS LTDA ME
NOME FANTASIA:
M P ETIQUETAS LTDA ME
CNPJ: 29.006.544/0001-42
BENEFICIARIO FINAL:
M P ETIQUETAS LTDA ME
CNPJ: 29.006.544/0001-42
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPBENEFICIENTE DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0019-31
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            100.804
DATA DE VENCIMENTO                    08/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                     08/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         76,00
VALOR COBRADO                              76,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.7FA.26D.8ED.499.54B
================================================
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 M.P. ETIQUETAS LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 10/09/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R$ 76,00

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº 000001909 SÉRIE 001

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

M.P. ETIQUETAS LTDA

RUA ERNESTO CORSI, 79 - JARDIM SILMARA - CEP:13905-270 - AMPARO - SP TEL: (19)3807-4144

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000001909 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3524 0929 0065 4400 0142 5500 1000 0019 0915 7946 4140

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	135242010572183 10/09/2024 09:57:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
168093200117		29.006.544/0001-42

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	10/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA ANA CINTRA, 332	CENTRO	13901-310	10/09/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
AMPARO	(16)3374-8438	SP		09:57:05

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	1909	76,00	0,00	76,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	08/10/2024	76,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	27,13	76,00
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	76,00

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
1	UNIDADE		Num.: 1		

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
1084	RIBBON CERA 110X91MTS	48211000	0102	5102	PECA	8,00	9,50	76,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP
- DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
- NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, IPI E ISS NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123/06.

RESERVADO AO FISCO

Scanned with CamScanner

Santander 033-7

RECIBO DO PAGADOR

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 08/10/2024
Beneficiário M P ETIQUETAS LTDA ME - 29.006.544/0001-42 R SARDENHA, 54 - JARDIM DAS ORQUIDEAS - CEP: 13901-021 - AMPARO - SP	Agência / Cod. Beneficiário 0029 / 000766011

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
30/09/2024	1909	DM	Não	30/09/2024	0000000000091
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		76,00

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) MULTA APOS 09/10/2024 R$ 3,80 JUROS DIARIO DE R$ 0,12	(-) Descontos/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSPBENEFICIENTE DO BRASIL - 45.349.461/0019-31
RUA ANA CINTRA 332
AMPARO / SP - 13901-310

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

Corte na Linha Pontilhada

Santander 033-7 03399.07669.01100.000007.00009.101015.2.98630000007600

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO SANTANDER	Vencimento 08/10/2024
Beneficiário M P ETIQUETAS LTDA ME - 29.006.544/0001-42 R SARDENHA, 54 - JARDIM DAS ORQUIDEAS - CEP: 13901-021 - AMPARO - SP	Agência / Cod. Beneficiário 0029 / 000766011

Data do Documento	No. do Documento	Espécie doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
30/09/2024	1909	DM	Não	30/09/2024	0000000000091
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie Moeda**	**Quantidade**	**(x) Valor**	**(=) Valor do Documento**
	Rápida com Registro	REAL	1		76,00

Mensagem / Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) MULTA APOS 09/10/2024 R$ 3,80 JUROS DIARIO DE R$ 0,12	(-) Descontos/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado

Pagador ASSOCIACAO HOSPBENEFICIENTE DO BRASIL - 45.349.461/0019-31
RUA ANA CINTRA 332
AMPARO / SP - 13901-310

Beneficiário Final

Autenticação Mecânica

11/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 16:06:11
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399517749790000014870119701012698650000099069
BENEFICIARIO:
CM HOSPITALAR S.A.
NOME FANTASIA:
CM HOSPITALAR S.A.
CNPJ: 12.420.164/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
CM HOSPITALAR S.A.
CNPJ: 12.420.164/0001-57
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 100.805
DATA DE VENCIMENTO 10/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 08/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 990,69
VALOR COBRADO 990,69
==========
NR.AUTENTICACAO 5.602.341.1F0.166.040
==========
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.

Mafra

Identificação do emitente
CM HOSPITALAR S.A
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727
DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055
RIBEIRAO PRETO/SP
Fone: 551621019400

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**

N. 001572680
SÉRIE 1
FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 0912 4201 6400 0157 5500 1001 5726 8017 0697 8057

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135242047952870 13/09/2024 21:16:02-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
582557602113

INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.

CNPJ
12.420.164/0001-57

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (024840-0001) | CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 | DT. EMISS. 13/09/2024
ENDEREÇO: SETE DE SETEMBO,529 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 16210-000 | DATA ENTRADA/SAÍDA:
MUNICIPIO: BILAC | FONE/FAX: 01999369086 | UF: SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL: | HORA ENTRADA/SAÍDA:

LOCAL ENTREGA

NOME: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL | CNPJ/CPF: | INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ENDEREÇO: SETE DE SETEMBO,529 - | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 16210-000
MUNICIPIO: BILAC | UF: SP | FONE/FAX: 01999369086 | OBS/ENTREGA:

FATURA

001
10/10/2024
990,69

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
990,69	178,32	0,00	0,00	990,69

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	990,69

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
BSB-DF TRANSPORTES DE CARGAS LTDA	0-EMITENTE				08.944.556/0001-48

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ADE , 27 , LOTE 28/29	BRASILIA	DF	

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXAS			2,0000	2,0000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO*

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
000378	INSYTE AUTOGUARD 24GAX0.56 IN(N) CX /50 REF:38181 114 - BECTON DIC KINSON - IT (INF USION)	90183926	800	5102	CX	3,0000	330,230000	990,69	990,69	0,00	178,32	0,00	18.00%	0.00%	3	4150341	30/10/2026	19/06/2024

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
20000696			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MD-5:94DBB831B0F3C67A412EAC4010EC561F
ID 362027758
Nosso Pedido: AAGPVH
A Viveo possui o Programa de Integridade e a Politica Antissubornо como ferramentas que direcionam e orientam a todos a atuarem com etica, moralidade, integridade e transparencia. Para maiores informacoes, acesse https://www.viveo.com.br/compliance

Pedido: AAGPVH
Rep.: 012082

Nº da OS	Volumes
60000362757 7 (P)	1
Total	1

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

Scanned with CamScanner

Santander | 033-7

Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento	
CM HOSPITALAR S.A. CNPJ: 12.420.164/0001-57	0467-4/13003078	001572680	( ) Mudou-se
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	( ) Ausente
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	10/10/2024	990,69	( ) Não existe nº indicado
	Data	Assinatura	( ) Recusado
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.			( ) Não procurado
	Data	Entregador	( ) Endereço insuficiente
			( ) Desconhecido
			( ) Falecido
			( ) Outros (anotar no verso)

Santander | 033-7

Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 10/10/2024

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 0467-4/13003078

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
13/09/2024	001572680		DM	N	13/09/2024	14701197
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	RCR	R$				990,69

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 1,98 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R SETE DE SETEMBRO,529 - CENTRO
BILAC - SP - 16210000

Código Interno: 024840-0001
CNPJ: 45.349.461/0001-02

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Santander | 033-7 | 03399.51774 97900.000148 70119.701012 6 98650000099069

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 10/10/2024

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 0467-4/13003078

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
13/09/2024	001572680		DM	N	13/09/2024	14701197
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	RCR	R$				990,69

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 1,98 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R SETE DE SETEMBRO,529 - CENTRO
BILAC - SP - 16210000

Código Interno: 024840-0001
CNPJ: 45.349.461/0001-02

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Scanned with CamScanner

```
11/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:06:11
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
--------------------------------------------------
34191090080071943001945569060002998650000013600
BENEFICIARIO:
F A M SOUZA INFORMATICA EPP
NOME FANTASIA:
F A M SOUZA INFORMATICA EPP
CNPJ: 09.543.045/0001-87
BENEFICIARIO FINAL:
F A M SOUZA INFORMATICA EPP
CNPJ: 09.543.045/0001-87
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BEN DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             100.806
DATA DE VENCIMENTO                     10/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      08/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         136,00
VALOR COBRADO                              136,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            6.349.8EE.5E5.125.C42
==================================================
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 F. A. MOROSI DE SOUZA INFORMATICA LTDA os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		Nf-e: 000012063
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	Série: 1

F. A. MOROSI DE SOUZA INFORMATICA LTDA
AV BERNARDINO DE CAMPOS, 897
CENTRO CEP:13900-400
AMPARO/SP
Fone: (19) 3808-6440

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

SAÍDA

N. 000012063
Série 1 Folha 01/01

Chave de acesso da NF-e
35.2409.09.543.045/0001-87-55-001-000.012.063-100.223.428-9

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

Nat.da operação
VENDA MERC. RECEB.TERC. C/ S.TRIBUT. CONT. SUBSTITUIDO

Inscricao estadual	Insc.Estadual do Subst.Trib.	CNPJ	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
168143030111		09.543.045/0001-87	135242154913471 26/09/2024 16:58:32-03:00

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão social	CNPJ/CPF	Data de emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	26/09/2024

Endereço	Bairro/Distrito	CEP	Data entrada/saida
R ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA	13901-310	

Municipio	Fone/Fax	UF	Inscriçao estadual	Hora entrada/saída
AMPARO		SP		

FATURA

Titulo/Parcela	Vencto	Valor
000012063/001	10/10/2024	136,00

CALCULO DO IMPOSTO

Base de calculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de calculo do ICMS substituição	Valor do ICMS substituição	Valor total dos produtos / serviços
				136,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor Total da Nota
					136,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta	Codigo ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				

Endereço	Municipio	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Liquido

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

Cod.Prod.	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UN	Quantidade	V.Unitário	V.Total	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICM	A.IPI
RED-00119	SWITCH 8 PORTAS 10/100 MBPS SF 800 Q+ IN TELBRAS	85176234	460	5405	PC	2,00000	68,00000	136,00	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

Informações complementares	Reservado ao fisco
MERC. SUJEITA AO REGIME DE SUBST. TRIBUTARIA CONFORME DECRETO 54338 ART 313-Z20 DORICMS/00-SPTermo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento Sao Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP	

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A.	Vencimento	Valor do documento
	10/10/2024	136,00

Pagador	Beneficiário
ASSOC HOSPITALAR BEN DO BRASIL	F A M SOUZA INFORMATICA EPP

Endereço Beneficiário / Sacador Avalista
AV BERNARDINO DE CAMPOS - CENTRO - AMPARO - SP CEP.13900-400

Agência / Código Beneficiário	Nosso Número	Nº Documento	CNPJ
0014/55690-6	109/00007194-3	0000012063	09.543.045/0001-87

Banco Itaú S.A. | **341-7** | 34191.09008 00719.430019 45569.060002 9 98650000013600

Local de Pagamento	Vencimento
ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ	10/10/2024
Beneficiário: F A M SOUZA INFORMATICA EPP	Agência / Código Beneficiário: 0014/55690-6

Data do documento	No. Do documento	Espécie doc.	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número
26/09/2024	0000012063	DM	N	26/09/2024	109/00007194-3

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			136,00

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

APOS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,27 POR DIA DE ATRASO
APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 2,72

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: **ASSOC HOSPITALAR BEN DO BRASIL** **CNPJ - 45.349.461/0019-31**

Endereço: **RUA ANA CINTRA, 332 - 13901-310 - JD PRIMAVERA - AMPARO - SP**

Sacador/Avalista:

Banco Itaú S.A. - CNPJ 60.701.190

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

11/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 16:06:11
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399945685460000000107463201017598660000002950
BENEFICIARIO:
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
NOME FANTASIA:
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
CNPJ: 43.462.688/0001-34
BENEFICIARIO FINAL:
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
CNPJ: 43.462.688/0001-34
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BR
CNPJ: 45.349.461/0019-31

NR. DOCUMENTO 100.807
DATA DE VENCIMENTO 11/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 08/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 29,50
VALOR COBRADO 29,50
==========
NR.AUTENTICACAO A.2F3.9AC.8C4.600.1A5
==========
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.

PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP

RUA TREZE DE MAIO, 67 - CENTRO - AMPARO - SP - CEP: 13900-005
Fone: (19)3807-2753

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 000.025.082
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0943 4626 8800 0134 5500 1000 0250 8210 0324 8156

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
LANC.EFET.VENDA EMIT.ECF	135242025287434 11/09/2024 14:57:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
168004094112		43.462.688/0001-34

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL	45.349.461/0019-31	11/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
RUA ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA	13901-310	

MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
AMPARO	SP	(16)3374-8438		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 25082 - Valor Original: R$ 29,50 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLíquido: R$ 29,50

DUPLICATAS

Número	001
Vencimento	11/10/2024
Valor	R$ 29,50

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	9,28 (31,46 %)	29,50

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	29,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PAPELARIA COUCEIRO LTDA - EPP	0 - REMETENTI				43.462.688/0001-34

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA TREZE DE MAIO, 67 CENTRO	AMPARO	SP	168004094112

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUME				

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	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
00034342	ETIQUETA AUTO ADESIVA TP 12 VERDE C/210 Vr.Aprox.Tributos: R$ 9,28 (31,45 % FONTE IBPT)	48211000	0102	5929	UN	5,00	5,90	0,00	29,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
CFe-SAT Ref. (3524 0943 4626 8800 0134 5900 0040 4950 4683 9367 6237)
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA CREDITOS FISCAIS DE ICMS, IPI E ISS NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123/06
Local Entrega: RUA ANA CINTRA, 332 JARDIM PRIMAVERA AMPARO 13901-310
Obs: SAT = [S1 46839] TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP
Total Aprox.Tributos: R$ 9,28 (31,45 % FONTE IBPT)Código: 2818

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 11/09/2024 14:56:08

Projeto ACBr - www.projetoacbr.com.br

PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
RUA TREZE DE MAIO, 67,
CENTRO
AMPARO - SP - CEP: 13900-005 - CNPJ: 43462688000134

Santander **033-7**

Recibo do Pagador

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento: **11/10/2024**
Beneficiário: PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP				CNPJ: 43462688000134	Agência/Código Beneficiário: 0029 9456546
Data do Documento: 11/09/2024	Número do Documento: NN 25082/1	Espécie Doc.: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 30/09/2024	Nosso Número: 000000007463 2
Uso do Banco	Carteira: RCR / Espécie: R$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento: **29,50**

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL(2818)
RUA ANA CINTRA, 332,
13901-310 JARDIM PRIMAVERA AMPARO SP

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa
000000007463 2

Assinatura

Data Entrega
/ /

Santander **033-7**

Ficha da Caixa

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento: **11/10/2024**
Beneficiário: PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP				CNPJ: 43462688000134	Agência/Código Beneficiário: 0029 9456546
Data do Documento: 11/09/2024	Número do Documento: NN 25082/1	Espécie Doc.: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 30/09/2024	Nosso Número: 000000007463 2
Uso do Banco	Carteira: RCR / Espécie: R$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento: **29,50**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
'PROTESTAR APOS 7 DIAS DA DATA DE
VENCIMENTO
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE SEM
AUTORIZAÇÃO NÃO QUITA BOLETO

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL(2818)
RUA ANA CINTRA, 332,
13901-310 JARDIM PRIMAVERA AMPARO SP

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa
000000007463 2

Autenticação mecânica

Santander **033-7** 03399.94568 54600.000001 07463.201017 5 98660000002950

Local de Pagamento: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					Vencimento: **11/10/2024**
Beneficiário: PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP				CNPJ: 43462688000134	Agência/Código Beneficiário: 0029 9456546
Data do Documento: 11/09/2024	Número do Documento: NN 25082/1	Espécie Doc.: DM	Aceite: N	Data do Processamento: 30/09/2024	Nosso Número: 000000007463 2
Uso do Banco	Carteira: RCR / Espécie: R$	Quantidade		Valor	(=) Valor do Documento: **29,50**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
'PROTESTAR APOS 7 DIAS DA DATA DE
VENCIMENTO
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE SEM
AUTORIZAÇÃO NÃO QUITA BOLETO

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL(2818)
RUA ANA CINTRA, 332,
13901-310 JARDIM PRIMAVERA AMPARO SP

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa
000000007463 2

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

11/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 16:06:11
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083191162452124007710007798660000050464
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 100.808
DATA DE VENCIMENTO 11/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 08/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 504,64
VALOR COBRADO 504,64
==========
NR.AUTENTICACAO 6.A65.AAA.BD5.E82.8FA
==========
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. 191.488

SÉRIE: 0

Página 1 de 2

Chave de Acesso da NF-e

35240908231734000193550000001914881002132916

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

135242048032170 13/09/2024 21:33

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	13/09/2024

Endereço	*Bairro/Distrito*	*Cep*	*Data de Saída/Entrada*
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	13/09/2024

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

FATURA

Dupl. : 191.488/ 1 Valor : 504,64 Vencto. 11/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	*Valor do ICMS*	*Base de Cálculo de ICMS Sub*	*Valor do ICMS Sub*	*Valor Total dos Produtos*
504,64	90,83	0,00	0,00	504,64

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	504,64

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*
4	CAIXAS			12,000	12,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
569266	CATETER INTRAVENOSO 14G CX C/100 DESCARPACK Lote : 2CTPAA017B Val. 31/03/2028	90183929	000	5102	CX	1,00 1,00	69,080000	69,08	69,08	12,43		18,0	
568793	ESCOVA DESC. SCRUB C/ 2% 22ML CLOREXIDINA CX C/48 VICPHARMA Lote : M38057 Val. 11/07/2027	30039099	000	5102	CX	1,00 1,00	78,561600	78,56	78,56	14,14		18,0	
571793	LUVA VINIL S/TALCO N/EST P DE PROCEDIMENTO C/100 MEDIX Lote : 230504634 Val. 31/07/2028	39262000	000	5102	CX	20,00 20,00	17,850000	357,00	357,00	64,26		18,0	

Local de entrega: RUA ANA CINTRA 332 CENTRO 13901-901 AMPARO SP

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.:Sumaré N/P.217.227

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

Reservado ao FISCO

OK 19/09/24
Launa

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

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 11/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Número do Documento 191488/1	Nosso Número 109/00319116-2
Espécie R$ / Quantidade / Valor X	(=)Valor Documento R$ 504,64	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:	(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

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

- -

Banco Itaú S/A | Banco 341-7 | 34191.09008 31911.624521 24007.710007 7 98660000050464

Local de Pagamento Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.						Vencimento 11/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 13/09/2024	Número do Documento 191488/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 13/09/2024		Nosso Número 109/00319116-2
Uso do Banco / CIP	Carteira 109	Espécie R$	Quantidade	(x)Valor		(=)Valor Documento R$ 504,64
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) APÓS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,15 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 10,09 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO						(-)Descontos/Abatimentos (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor
Sacado ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02 RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS WILLIAMS - GARCA 17402-064 - SP						
Sacador/Avalista						

Scanned with CamScanner

```
11/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:06:11
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090171153600101395704172698660000052684
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             100.809
NOSSO NUMERO                   17115360001395704
CONVENIO                                01711536
DATA DE VENCIMENTO                    11/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                     08/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        526,84
VALOR COBRADO                             526,84
==================================================
NR.AUTENTICACAO            D.0DC.BBC.8FA.233.A3E
==================================================
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

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 GALPAO 22 e 27 - JARDIM PRIMAVERA - JAGUARIUNA - SP
CEP 12916-074 - 19 3725800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA
1

Nº. 1916135 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3524 0967 7291 7800 0491 5500 1001 9161 3516 1387 1935

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135242047728333 13/09/2024 20:28:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	13/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	13/09/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
GARCA	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1916135/1	11/10/2024	526,84						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
526,84	77,94	0,00	0,00	526,84

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	526,84

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
RIOCLARENSE PROPRIO JAG	0 - Por conta do emitente				67.729.178/0004-91

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22	JAGUARIUNA	SP	395060142110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,02483	8,642	8,642

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
033463	BICARBONATO DE SODIO 8,4% (SAMTEC) L: BTA Q: 20 0,0000 F: 01/07/24 V: 30/06/2026	30049099	000	5102	AP	200,00	0,6802	136,04	136,04	16,33	0,00	12,00	0,00
030226	HIDROGEL COM ALGINATO DE CALCIO 85G (CASEX) L: 0 18HG24B Q: 2,0000 F: 01/06/24 V: 30/06/2027 L: 027HG24B Q : 18,0000 F: 29/07/24 V: 30/07/2027	30059090	000	5102	TB	20,00	12,2682	245,36	245,36	44,16	0,00	18,00	0,00
030898	CLORETO DE SODIO 20% 10ML (HALEX/ISOFARMA) L: 405 0306 Q: 200,0000 F: 23/05/24 V: 23/05/2026	30049099	000	5102	AP	200,00	0,7272	145,44	145,44	17,45	0,00	12,00	0,00

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 45349461000102-RUA ANA CINTRA 332 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: AMPARO CEP: 13901310 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 362028081 DATA ENTREGA: 16/09/2024 Pedido: 2948329 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 2948329 *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 06/05/2025 TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 13,30% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Razao Social: SANTA CASA ANNA CINTRA Endereco: RUA ANA CINTRA 332 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: AMPARO CEP: 13901310 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)

RESERVADO AO FISCO

Scanned with CamScanner

| 001-9 | **RECIBO DO SACADO**

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
11/10/2024	5119-5 / 306406-9	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	
526,84			
(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	
	17115360001395704	1916135/01	

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

| 001-9 | **RECIBO DE ENTREGA**

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
11/10/2024	5119-5 / 306406-9	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO		
526,84	17115360001395704		

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ASSINATURA DO RECEBEDOR	DATA DE ENTREGA

CORTE NA LINHA PONTILHADA

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01395.704172 6 98660000052684

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 11/10/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-5 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO
13/09/2024	1916135/01	DM	N	13/09/2024

NOSSO NÚMERO: 17115360001395704

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	17-019	R$		

VALOR DO DOCUMENTO: 526,84

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 12/10/2024
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R$ 10,53)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ 45.349.461/0001-02
R DR ORLANDO T SANTOS, 50
GARCA - SP - CEP: 17402-064

CÓDIGO DE BAIXA — 1ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – FICHA DE COMPENSAÇÃO

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01395.704172 6 98660000052684

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 11/10/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-5 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO
13/09/2024	1916135/01	DM	N	13/09/2024

NOSSO NÚMERO: 17115360001395704

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	17-019	R$		

VALOR DO DOCUMENTO: 526,84

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 12/10/2024
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R$ 10,53)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ 45.349.461/0001-02
R DR ORLANDO T SANTOS, 50
GARCA - SP - CEP: 17402-064

CÓDIGO DE BAIXA — 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – FICHA DE COMPENSAÇÃO

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.11
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3207-7 - COCREFOCAPI
CONTA:      71.721-5

FAVORECIDO:  GISELE C. DE OLIVEIRA DISTRIBUIDORA
CPF/CNPJ: 25.177.013/0001-61
VALOR: R$                                  18,00
DEBITO EM: 10/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 101001
AUTENTICACAO SISBB:        0.0C4.EE6.BED.F48.8C3
```

RECEBEMOS DE 25.177.013 GISELE CRISTINA DE OLIVEIRA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		**NF-e** **Nº 438** **Série 1**
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

SÃO FRANCISCO DISTRIBUIDORA

25.177.013 Gisele Cristina de Oliveira

Rua João de Arruda Pastana 196 - CEP: 13.900-500 - Centro - Amparo/SP - Fone: (19) 3817-0247

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0-Entrada
1-Saída

1

Nº 438
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO
35241025177013000161550010000004381231389809

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	**135242190460784 01/10/2024 09:42:39**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF
168161720117		**25.177.013/0001-61**

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	**45.349.461/0019-31**		**01/10/2024**
ENDEREÇO **Rua Ana Cintra 332**	BAIRRO **Jardim Primavera**	CEP **13.901-310**	DATA SAÍDA **01/10/2024**
MUNICÍPIO **Amparo**	FONE/FAX **1633748438**	UF **SP**	HORA SAÍDA **09:37:00**

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**18,00**

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**	**18,00**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Emitente 2 - Terceiros 4 - Destinatário Próprio 1 - Destinatário/Remetente 3 - Emitente Próprio 9 - Sem Frete **9**				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
. - - - CEP:			

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0				**0.0**	**0.0**

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTDE	VALOR	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
96	Agua Mineral 20L	22011000	0500	5405	un	2,0000	9,00000	18,00	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
22418	**0,00**	**0,00**	**0,00**

DADOS ADICIONAIS

OBSERVAÇÕES

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL";II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI".ICMS recolhido anteriormente por antecipação de ST

Dados para pagamento por PIX ou transferência bancaria. Banco: Sicoob 756. Agencia: 3207. Conta: 71,721-5. PIX CNPJ: 25.177.013/0001-61.

Telefone: 19 3817-0247 E-mail: sfranciscodistribuidora@gmail.com

Vencimento : 11/11/2024

UPA SÃO DIMAS, R. JOSÉ BUENO DE GODÓI, 37V - CONJ. HAB. HERMINIO GERBI - AMPARO-SP

Valor aproximado dos tributos:

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

R$ 2,50 federais **R$ 3,24 estaduais** **Fonte: IBPT/empresometro.com.br 19CB11**	

Empresa: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA**
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Cálculo: Complementar
Competência: 09/2024
Complemento de cálculo: Comp 09/2024 - Data pagto 10/10/2024 - Lançamento

Emissão: 10/10/2024
Horas: 12:21:38

RELAÇÃO DE CREDITO EM CONTA

Código	Nome do empregado	CPF	Número conta	Valor
Empregados				
8910	ARGEMIRO ALVES DA SILVA JUNIOF	432.848.568-70	73831-X	13,32
8915	ELAINE CRISTINA DE OLIVEIRA	218.160.248-48	57482-1	13,32
8863	FERNANDA BROLEZI OLIVEIRA	338.840.178-02	55471-5	234,85
8933	KELLY CHRISTINI FRUTUOSO DE SC	399.901.408-39	25601-3	1.120,66
8912	LEANDRO SANTIAGO DE SOUZA	484.880.798-00	67743-4	13,32
8922	LUCIANA RAMOS DA SILVA	654.366.283-20	42658-X	618,53
8828	PAMELA ROBERTA DA SILVA DE PAU	413.673.128-09	61605-2	265,02
8913	PAULA PEREIRA DA SILVA CARDOSC	327.560.528-33	73846-8	409,83
8909	SONIA DA SILVA MENEZES	471.544.198-57	72552-8	204,06
	Empregados: 9 Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total da Empresa:	2.892,91

GARCA, 10/10/2024 Responsável:

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/10/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.06.12
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 198.307.581-7

FAVORECIDO:  AMP MEDICINA HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 57.036.414/0001-98
VALOR: R$                            157.668,00
DEBITO EM: 11/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 101101
AUTENTICACAO SISBB:        3.B45.0AA.B15.940.59A
```

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20241007u57036414000198

Número da Nota
00000001

Data e Hora de Emissão
07/10/2024 10:41:17

Código de Verificação
T8UU-TIMM

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **57.036.414/0001-98** Inscrição Municipal: **1.528.386-0**
Nome/Razão Social: **AMP MEDICINA HOSPITALAR LTDA**
Endereço: **R ORICANGA 26, SALA 26 - MIRANDOPOLIS - CEP: 04052-030**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0019-31** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **Rua Ana Cintra 332 - Jardim Primavera - CEP: 13901-310**
Município: **Amparo** UF: **SP** E-mail: **ger.rh@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NA UPA SÃO DIMAS DE 01/09 À 30/09 DE 2024 EM CONFORMIDADE COM O TERMO DE CONVÊNIO Nº 021/2024 FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE AMPARO E A AHBB - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

2 Médicos Dia das 07 às 19h
1 Médico Noite das 19 às 07h
Setembro 01 a 30/09 - 90 plantões + Coordenação

Valor total bruto: R$ 168.000,00

CNPJ: 57.036.414/0001-98
AMP MEDICINA HOSPITALAR LTDA
Dados Bancários:
Banco Nubank - 260
AG 0001
CC 19830758-7
PIX: 57.036.414/0001-98

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$ 168.000,00

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	2.070,00	1.680,00	5.040,00	1.092,00

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	168.000,00	2,00%	3.360,00	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: 10/11/2024;

PEGAPLANTÃO

ESCALA DE PLANTÕES

LOCAL: UPA SÃO DIMAS - AMPARO - CLÍNICA MÉDICA
PROFISSIONAL DE PLANTÃO
01/09/2024~30/09/2024

gerado em 07/10/2024 às 15:11h (UTC -3)

SEG 26/08	TER 27/08	QUA 28/08	QUI 29/08	SEX 30/08	SÁB 31/08	DOM 01/09
						07:00~19:00
						(CO) Alexandre da S. Macedo
						Julio C. R. Ramos
						19:00~07:00
						Alexandre da S. Macedo

SEG 02/09	TER 03/09	QUA 04/09	QUI 05/09	SEX 06/09	SÁB 07/09	DOM 08/09
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**
Alexandre da S. Macedo	Evaldo J. P. Pereira	Franciane de S. Camargo	Aline R. Dantas	(CO) Ester C. De S. Almeida	Ester C. De S. Almeida	Patricia Soerger
Aline R. Dantas	Josiane A. F. Gomes	Josimar de S. Nascimento	Luiara T. A. Serra	(CO) Luiara T. A. Serra	(CO) Sabrina N. do Nascimento	Pedro H. F. S. Dias
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**
Aline R. Dantas	Sabrina N. do Nascimento	Josimar de S. Nascimento	Aline R. Dantas	Pedro H. F. S. Dias	Acacia F. Aguiar	(CO) Aline R. Dantas

SEG 09/09	TER 10/09	QUA 11/09	QUI 12/09	SEX 13/09	SÁB 14/09	DOM 15/09
07:00~19:00	**07:00~19:00**	**07:00~19:00**	**07:00~19:00**	**07:00~13:00**	**07:00~19:00**	**07:00~19:00**
(CO) Aline R. Dantas	Arthur B. P. Couto	Franciane de S. Camargo	Estevam L. G. Soares	Josiane A. F. Gomes	Franciane de S. Camargo	Patricia Soerger
Larissa da Costa	Evaldo J. P. Pereira	Josimar de S. Nascimento	Sabrina N. do Nascimento	**07:00~19:00**	(CO) Josimar de S. Nascimento	Pedro H. F. S. Dias
19:00~07:00	**19:00~07:00**	**19:00~07:00**	**19:00~07:00**	(CO) Acacia F. Aguiar	**19:00~07:00**	**19:00~07:00**
(CO) Pedro H. F. S. Dias	(CO) Josiane A. F. Gomes	Josimar de S. Nascimento	(CO) Acacia F. Aguiar	**13:00~19:00**	Sabrina N. do Nascimento	(CO) Sabrina N. do Nascimento
				(CO) Luiara T. A. Serra		
				19:00~07:00		
				(CO) Luiara T. A. Serra		

SEG 16/09	TER 17/09	QUA 18/09	QUI 19/09	SEX 20/09	SÁB 21/09	DOM 22/09
07:00~19:00	**07:00~19:00**	**07:00~19:00**	**07:00~19:00**	**07:00~13:00**	**07:00~19:00**	**07:00~19:00**
(CO) Aline R. Dantas	Ester C. De S. Almeida	Franciane de S. Camargo	João P. de Oliveira	Josiane A. F. Gomes	(CO) Ester C. De S. Almeida	Patricia Soerger
(CO) Vanessa de Oliveira	Evaldo J. P. Pereira	Josimar de S. Nascimento	(CO) Luiara T. A. Serra	**07:00~19:00**	Priscilla F. Abreu	Pedro H. F. S. Dias
19:00~07:00	**19:00~07:00**	**19:00~07:00**	**19:00~07:00**	Ester C. De S. Almeida	**19:00~07:00**	**19:00~07:00**
(CO) Pedro H. F. S. Dias	Josiane A. F. Gomes	Franciane de S. Camargo	(CO) Vanessa de Oliveira	**13:00~19:00**	(CO) Sabrina N. do Nascimento	(CO) Ester C. De S. Almeida
				(CO) Luiara T. A. Serra		
				19:00~07:00		
				(CO) Pedro H. F. S. Dias		

SEG 23/09	TER 24/09	QUA 25/09	QUI 26/09	SEX 27/09	SÁB 28/09	DOM 29/09
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) Ester C. De S. Almeida	Evaldo J. P. Pereira	Franciane de S. Camargo	Estevam L. G. Soares	(CO) Ester C. De S. Almeida	(CO) Ester C. De S. Almeida	Patricia Soerger
Estevam L. G. Soares	Josiane A. F. Gomes	Josimar de S. Nascimento	Luiara T. A. Serra	(CO) Luiara T. A. Serra	(CO) Matheus de O. Munhoes	Pedro H. F. S. Dias
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) Pedro H. F. S. Dias	Franciane de S. Camargo	(CO) Josimar de S. Nascimento	(CO) Vanessa de Oliveira	(CO) Vanessa de Oliveira	(CO) Luiara T. A. Serra	(CO) Paulo A. da Silva

SEG 30/09
07:00~19:00
Estevam L. G. Soares
(CO) Maria J. Z. Sitta
19:00~07:00
(CO) Pedro H. F. S. Dias

~~Nome profissional~~: Afastado por motivos diversos e sem cobertura | **FU:** Furo | **FJ:** Falta Justificada | **FN:** Falta Não Justificada | **CO:** Cobertura | **FR:** Férias

```
11/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:06:12
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
--------------------------------------------------
10499601704000010004600000332049298660000036900
BENEFICIARIO:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HO
NOME FANTASIA:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITA
CNPJ: 33.190.250/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITA
CNPJ: 33.190.250/0001-90
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL AMPARO
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             101.102
DATA DE VENCIMENTO                     11/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      11/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         369,00
VALOR COBRADO                              369,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            7.9B8.1AE.B2A.071.EC5
==================================================
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.
```

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

RECEBEMOS DE Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 003320 Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA
RUA ANTONIO DURÃO, 76, ANEXO B, ALVORADA
14.140-000 - Cravinhos - SP
Fone (16) 2122-9999 - medicinalli.vendas@gmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída: 1
Nº 003320
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 0933 1902 5000 0190 5500 1000 0033 2010 6609 3512

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 mercadorias	135242024426084 11/09/2024 13:40:27	
Inscrição Estadual: 279.051.035.110	Inscr.est. do subst.trib.	CNPJ: 33.190.250/0001-90

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31		11/09/2024
Endereço: Rua Ana Cintra, 332	Bairro: Jardim Primavera	CEP: 13.901-310	Data saída: 11/09/2024
Município: Amparo	UF: SP	Fone/Fax: (16) 3374-8438	Hora saída: 13:40:25

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	11/10/2024	369,00						

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	369,00
Valor do frete: 0,00	Valor do seguro: 0,00	Desconto: 0,00	Outras despesas acessórias: 0,00	Valor do IPI: 0,00	Valor total da nota: 369,00

Transportador/Volumes transportados

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

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1	Caixa(s)			4,000	4,000

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	SUPORTE PERFURO CORTANTE 13 LITROS	73251000	0102	5.102	UN	10,00	36,90	369,00	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
11419	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações
MEDICINALLI, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.
DEPÓSITO EM CONTA: BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL OP. 003, AG: 4787, C/C. 700-0. PIX: 33.190.250/0001-90.
Total aproximado de tributos: R$ 42,32 (11,47%) .
Pedido confirmado sr. Anderson Corrijo - AHBB. . LOCAL DE ENTREGA: RUA ÂNGELO FRARE, 416 - CONJ. HAB. ALBERTO MARQUES, AMPARO - SP CEP: 13905-675. Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento São Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP.

Reservado ao fisco

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

11/09/2024 13:43:17

BOLETO EM ANEXO

BOLETO EM ANEXO

Digitalizado com CamScanner

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

GERENCIADOR CAIXA

104-0 10499601704000010004600000332049298660000036900

Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES	CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90	Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174
Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, n° 76, , ALVORADA, CRAVINHOS	UF SP	CEP 14140-000

Data do documento	Nº documento	Aceite	Data do processamento	Nosso Número
11/09/2024	3320	NAO	11/09/2024	14000000000003320 - 6

Pagador ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL AMPARO	CPF/CNPJ 45.349.461/0019-31
Endereço do Pagador RUA ANA CINTRA, n° 332, , JD PRIMAVERA, AMPARO	UF SP / CEP 13901-310
Sacador / Avalista	CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 0,24 REAL AO DIA
MULTA : 7,38 REAIS A PARTIR DE 12/10/2024

Carteira	Espécie DOC	Vencimento	Valor do documento	Valor Cobrado
RG	DM	11/10/2024	369,00	

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**

GERENCIADOR CAIXA

104-0 10499601704000010004600000332049298660000036900

Local De Pagamento
PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE

Vencimento: 11/10/2024

Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES 33.190.250/0001-90
ANTONIO DURAO, n° 76, , ALVORADA, CRAVINHOS

Ag. / Cód. do Beneficiário: 4787 / 960174

Data do documento	Nº documento	Espécie Doc	Aceite	Data do processamento
11/09/2024	3320	DM	NAO	11/09/2024

Nosso Número: 14000000000003320 - 6

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Qtde. moeda	Valor
	RG	REAL		

(=) Valor do Documento: 369,00

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 0,24 REAL AO DIA
MULTA : 7,38 REAIS A PARTIR DE 12/10/2024

(-) Desconto: 0,00
(-) Outras Deduções/Abatimento: 0,00
(+) Mora/Multa/Juros: 0,00
(+) Outros Acréscimos:
(=) Valor Cobrado: 0,00

Pagador: ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL AMPARO — CPF/CNPJ: 45.349.461/0019-31
Endereço: RUA ANA CINTRA, n° 332, , JD PRIMAVERA, AMPARO — UF: SP — CEP: 13901-310
Sacador/Avalista: — CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Digitalizado com CamScanner

Consultas - Emissão de comprovantes

G3351810286599001
18/10/2024 10:36:09

18/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:09
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO BRADESCO S.A.

23793398032426100006113000283104298690000065039
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 101.401
DATA DE VENCIMENTO 14/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 650,39
VALOR COBRADO 650,39
==========
NR.AUTENTICACAO 6.6BD.F5A.44F.A51.AA4
==========
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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA: 1

Nº 716184
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7161 8417 5858 8980

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	135242061697118 16/09/2024 10:29:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL	188.070.970.117
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	
CNPJ	11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	ASSOC.HOSP.BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02
DATA DA EMISSÃO	16/09/2024		
ENDEREÇO	R.DR.ORLANDO T.SANTOS, 50 SALA 03	BAIRRO/DISTRITO	WILLIAMS
CEP	17402-064	DATA ENTRADA/SAÍDA	16 SET. 2024
MUNICÍPIO	GARCA	FONE/FAX	1435325198
UF	SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
HORA DA SAIDA			

FATURA / DUPLICATA

001 14/10/2024 650,39

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
377,22	67,89	0,00	0,00	650,39

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	650,39

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			14,09	14,09

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
25123	ATADURA DE CREPE 06X4,5(1,8)13F DZ FO 837-7-EUROPA LT 062024 (26) 05/2029 (Fornecedor: 2447, Lote: 062024, Qtde: 26 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 31/05/2029)	30059090	500	5102	DZ	26	3,8150	99,19	99,19	17,85	0,00	18,00	0,00
32192	SONDA ENDOTRAQUEAL PVC N.6,5 C/ CUFF C/10 BCI LT 220702 (1) 06/2027 (Fornecedor: 25, Lote: 220702, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2022, Data Val: 30/06/2027)	90183929	200	5102	CX	1	24,3300	24,33	24,33	4,38	0,00	18,00	0,00
22094	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC LT 24/A02070 (4) 04/2027 \ LT 24/A02071 (36) 04/2027 (Fornecedor: 7710, Lote: 24/A02070, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2027 / Fornecedor: 7710, Lote: 24/A02071, Qtde: 36 ,Data Fab: 01/04/2024, Data Val: 30/04/2027)	90183929	040	5102	UND	40	5,1165	204,66			0,00		0,00
11943	COL.UR.INF.MAS.N/EST.100ML C/10-MEDICPLAST LT 19410 (5) 06/2028 (Fornecedor: 871, Lote: 19410, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2028)	90189099	000	5102	PCT	5	2,6160	13,08	13,08	2,35	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 362027758 - Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento São Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP||#R39V3 R35P10V1 ||
ITENS 3,5 a 7 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 9 Isento de ICMS conf. Convenio 126/2010
Pedido: 714562
End. Entrega: R ANNA CINTRA,332, 332 - CENTRO - 13903-050, AMPARO-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 NOSSA PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,17
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R$ 0,00 (1,2%), PIS/COFINS/CSLL R$ 0,00 (3,65%) e CSLL R$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

19/09/24
Raina
OK

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

SUPERMED

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

Avenida Tower 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 716184
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3524 0911 2060 9900 0441 5500 1000 7161 8417 5858 8980

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
135242061697118 16/09/2024 10:29:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
31350	DRENO DE TORAX N.18-LAC MEDICAL LT RA22424 (4) 04/2027 (Fornecedor: 255, Lote: RA224-24, Qtde: 4 ,Data Fab: 22/04/2024, Data Val: 22/04/2027)	90183929	040	5102	PC	4	2,9325	11,73			0,00		0,00
26362	DRENO TORACICO N.30 PC-CPL LT 79166 (4) 06/2027 (Fornecedor: 76, Lote: 79166, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2024, Data Val: 30/06/2027)	90183929	040	5102	UND	4	5,6450	22,58					
31348	DRENO DE TORAX N.14-LAC MEDICAL LT RA03023 (2) 10/2026 (Fornecedor: 255, Lote: RA030-23, Qtde: 2 ,Data Fab: 03/10/2023, Data Val: 03/10/2026)	90183929	040	5102	PC	2	2,9300	5,86			0,00		0,00
35886	ELETRODO AD./INF. C/ESPUMA C/GEL C/5-0-MEDPEX MP36- DBI LT 032623 (1) 03/2026 (Fornecedor: 2627, Lote: 032623, Qtde: 1 ,Data Fab: 26/03/2023, Data Val: 25/03/20-26)	90181990	700	5102	PCT	1	10,5000	10,50	10,50	1,89	0,00	18,00	0,00
14511	MALHA TUBULAR 08CM X 15MT RL-ORTOFEN LT 07/24 (4) 07/2029 (Fornecedor: 836, Lo-te: 07/24, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 01/07/2029)	90211020	040	5102	RL	4	7,0850	28,34			0,00		0,00
27571	NYLON PRETO 2/0 45CM 3/8 30MM C/24-TECHNO-FIO LT 22240721 (1) 06/2029 (Fornece-dor: 2420, Lote: 22240721, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2024, Data Val: 30/06/2029)	30061090	000	5102	CX	1	27,1900	27,19	27,19	4,89		18,00	
19270	RIOHEX ALCOOLICA 0,5% 100ML C/30-RIOQUIMI-CA LT 2402180 (2) 06/2027 (Fornecedor: 92-6, Lote: 2402180, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/0-6/2024, Data Val: 30/06/2027)	30049047	000	5102	CX	2	51,8100	103,62	103,62	18,65	0,00	18,00	0,00
21032	TUBO DE SILICONE N.204 C/15MT-KINNER LT 00063892 (1) 03/2029 (Fornecedor: 1430, Lote: 00063892, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/03/-2024, Data Val: 22/03/2029)	39173240	000	5102	PCT	1	99,3100	99,31	99,31	17,88	0,00	18,00	0,00

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	FL
16/09/24 14:56	1/1

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
16	005699745	RODOVIÁRIO	57	135242329655832

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
35.2409.01.125.797/0007-01-57-016-005.699.745-130.671.609-1

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	AMPARO/SP	josiaslm

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 ANNA CINTRA 332
332 CENTRO
MUN AMPARO - SP CEP 13903-050
CNPJ 43.464.197/0001-22 IE FONE (19)38074477

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	1,39
DESPACHO	10,08
GRIS	4,98
PEDAGIO	6,66
TSO	4,90
IMP REPASSADO	10,42
FRETE TOTAL (R$)	86,84

MERCADORIA

PROD PREDOMIN		COL SECRECAO BR
ESPECIE		CAIXAS
VALOR MERCADORIA (R$)		650,39
QTDE PARES/VOLUMES	0	4
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,1700	14,090
PESO CÁLCULO (Kg)		51,000

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		NORMAL
BASE CÁLCULO		86,84
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	0,00	12,00
VALOR ICMS		10,42
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00
VALOR A RECEBER (R$)		86,84

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

ICMS/ISS: 10,42 PIS: 1,15 COFINS: 5,30 TOTAL: 16,87

PIX

OBSERVAÇÕES

CST: 00 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - TABELA: COMBINADA CO4961999 - ROTA: SAOI/C PQR - TARIF: 020 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: JOSIAS - N P EDIDO: R39V3_714562. - Tratamento de dados pessoais pode ser dado para execucao de contrato de transporte (LGPD art. 7, V). - DEIXAR VIA DACTE NO DESTINATARIO. ENTREGA URGENTE CLIENTE HOSPITALAR.

CHAVES NF-E/CT-E

NF-E: 35240911206099000441550010007161841758588980

PLACA COLETA	TOMADOR	COBRAR	PREV.ENTREGA	NR
AQH4652	REMET	A PRAZO	17/09/24	00142325330644 - 00142325331190

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ___/___/___-___:___

2ª ___/___/___-___:___

3ª ___/___/___-___:___

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

SAO 458341-8

CPQ / 03

PROCESSADO POR SSW.INF.BR

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:36:09
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BCO BRADESCO S.A.
--------------------------------------------------
23793398032426100001259000283107698690000065126
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                             101.402
DATA DE VENCIMENTO                     14/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         651,26
VALOR COBRADO                              651,26
==================================================
NR.AUTENTICACAO            A.24D.B28.32A.DF4.C81
==================================================
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 792329
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3124 0911 2060 9900 0107 5500 1000 7923 2916 4596 4623

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda a nao contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 001.771.1480296

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 131246183495749 16/09/2024 09:05:27

DESTINATÁRIO / REMETENTE

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 813.020.011.119

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

CNPJ: 11.206.099/0001-07

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

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO: 16/09/2024

MUNICÍPIO: GARCA

BAIRRO/DISTRITO: WILLIAMS

CEP: 17402-064

DATA ENTRADA/SAIDA: 16 SET 2024

FONE/FAX: 1435325198

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

HORA DA SAIDA:

FATURA / DUPLICATA

001 14/10/2024 651,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
634,50	76,14	0,00	0,00	651,26

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	651,26

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL: ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA: 0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT:

PLACA DO VEÍCULO:

UF:

CNPJ/CPF: 01125797000540

ENDEREÇO: AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO: POUSO ALEGRE

UF: MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXA			9,67	9,67

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
32983	CAMARA ESPACAD.AD/INF. HC178 PC-MULTILASER LT HMD218 (10) 01/2029 (Fornecedor: 2332, Lote: HMD218, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/2-024, Data Val: 31/01/2029)	90192020	500	6108	PC	10	15,4220	154,22	154,22	18,51	0,00	12,00	0,00
31355	DRENO DE TORAX N.28-LAC MEDICAL LT RA23424 (4) 04/2027 (Fornecedor: 255, Lote: RA234-24, Qtde: 4 ,Data Fab: 23/04/2024, Data Val: 23/04/2027)	90183929	040	6108	PC	4	4,1900	16,76			0,00		0,00
27358	LUVA CIRURG.8,5 EST.C/200 PARES-LEMGRUBER LT LP012N (2) 11/2026 (Fornecedor: 7934, Lote: LP012N, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/20-23, Data Val: 30/11/2026)	40151200	000	6108	CX	2	232,2200	464,44	464,44	55,73	0,00	12,00	0,00
13821	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.12 C/10-BIOSANI LT 64727 (3) 05/2027 (Fornecedor: 7824, Lote: 64727, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/202-4, Data Val: 31/05/2027)	90183929	000	6108	PCT	3	5,2800	15,84	15,84	1,90	0,00	12,00	0,0

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 362027758 - Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento São Dimas Prefeitura Municipal de Amparo/SP||#R14P2V2 R1P1V1 ||
ITEM 2 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 38,07
Pedido: 761486
End. Entrega: R ANNA CINTRA,332, 332 - CENTRO - 13903-050, AMPARO-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
Rota....: 6 Cubagem: 0,08
Retencoes conf. IN 1.234/12 e 2.145/2023: IR R$ 0,00 (1,50%) COFINS R$ 0,00 (3,65%) e CSLL R$ 0,00 (1,00%).

RESERVADO AO FISCO

Avarias ou faltas
não serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.

Digitalizado com CamScanner

ATIVA LOGISTICA

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA
PREF OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730
LOTEAMENTO PARATY - FONE: (31)3390-2168
POUSO ALEGRE -MG -CEP: 37561-110
www.ativalog.com.br

CNPJ 01.125.797/0005-40 IE 5250929840006 RNTRC 01201936

DACTE

Documento Auxiliar do Conhecimento de Transporte Eletrônico

AUTORIZAÇÃO 16/09/24 12:14 | FL 1/1

SÉRIE	NÚMERO	MODAL	MODELO	Nº PROTOCOLO
8	001362636	RODOVIÁRIO	57	131242590184514

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso para consulta de autenticidade no site www.cte.fazenda.gov.br
31.2409.01.125.797/0005-40-57-008-001.362.636-130.671.551-8

TIPO DO CT-E	TIPO DO SERVIÇO	CFOP - NATUREZA DA PRESTAÇÃO
NORMAL	NORMAL	6353 Transp a est comercial

ORIGEM DA PRESTAÇÃO	DESTINO DA PRESTAÇÃO	EMITIDO POR
CAMBUI/MG	AMPARO/SP	alexssan

REMETENTE SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA
END RUA PROJETADA S/N ITAIM
MUN CAMBUI - MG CEP 37600-000
CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 FONE (11)40532222

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 E HOSPITALARES LTDA
END RUA PROJETADA S/N ITAIM
MUN CAMBUI - MG CEP 37600-000
CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 FONE (11)40532222

RECEBEDOR/LOC ENTREGA SANTA CASA ANNA CINTRA
END R ANNA CINTRA 332
332 CENTRO
MUN AMPARO - SP CEP 13903-050
CNPJ 43.464.197/0001-22 IE FONE (19)38074477

TOMADOR SUPERMED COM E IMP DE PROD MED E HOSPITALARES LTDA
END RUA PROJETADA S/N ITAIM
MUN CAMBUI - MG CEP 37600-000
CNPJ 11.206.099/0001-07 IE 0017711480296 FONE (11)40532222

COMPONENTES DO FRETE (R$)

FRETE PESO	38,22
FRETE VALOR	1,39
DESPACHO	14,12
GRIS	4,98
PEDAGIO	6,66
TSO	4,90
FRETE TOTAL (R$)	70,27

MERCADORIA

PROD PREDOMIN		LUVA CIRURG.8,5
ESPECIE		CAIXAS
VALOR MERCADORIA (R$)		651,26
QTDE PARES/VOLUMES	0	3
CUBAG(m3)/PESO (Kg)	0,0800	9,670
PESO CÁLCULO (Kg)		24,000

ICMS (R$)

SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA		ISENCAO
BASE CÁLCULO		0,00
ALIQ DIFAL/ICMS(%)	0,00	0,00
VALOR ICMS		0,00
DIFAL ICMS ORIG/DEST	0,00	0,00
CRED PRES/ICMS ST	0,00	0,00
VALOR A RECEBER (R$)		70,27

PIX

OBSERVAÇÕES

CST: 40 - Apolice seguro: 27540015617 - Seguradora: 03502099000118 CHUBB SEGUROS BRASIL - ISENTO CONF. ITEM 162 DO ANEXO X DECR. 48.589/2023. - TABELA: COMBINADA CO4961129 - ROTA: PLZI/CPQR - TARIF: 025 - TIPO MERCAD: DIVERSOS. Conferente: ALEXASSANDRO BATISTA DOS SANTO - N PEDIDO: R14P2V2_761486. - 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: 0,00 PIS: 1,05 COFINS: 4,83 TOTAL: 5,88

CHAVES NF-E/CT-E

NF-E: 31240911206099000107550010007923291645964623

PLACA COLETA	TOMADOR	COBRAR	PREV.ENTREGA	NR
PA00001	REMET	A PRAZO	17/09/24	00142325029147 - 00142325029596

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 __/__/__ - __:__

CBI 903933-3
CPQ / 03

PROCESSADO POR SSW.INF.BR

UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL

Digitalizado com CamScanner

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:36:09
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
--------------------------------------------------
34191090080236888293884067050009598690000105001
BENEFICIARIO:
AUTO POSTO PORTAL AGUAS LTDA
NOME FANTASIA:
AUTO POSTO PORTAL AGUAS LTDA
CNPJ: 08.772.232/0001-70
BENEFICIARIO FINAL:
AUTO POSTO PORTAL AGUAS LTDA
CNPJ: 08.772.232/0001-70
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             101.403
DATA DE VENCIMENTO                     14/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       1.050,01
VALOR COBRADO                            1.050,01
==================================================
NR.AUTENTICACAO            B.328.044.5B2.B54.715
==================================================
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 AUTO POSTO PORTAL DAS AGUAS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.		NF-e
DATA DO RECEBIMENTO:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR:	Nº 000.051.785 SÉRIE 5

AUTO POSTO PORTAL DAS AGUAS LTDA
AVENIDA WALDYR BEIRA, 182 - FIGUEIRA
CEP 13.904-452 - AMPARO - SP
Fone (019) 3808-6564

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.051.785
SÉRIE 5

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3524 1008 7722 3200 0170 5500 5000 0517 8510 0163 8158

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO:
VENDA COM ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSC. EST. DO SUBST. TRIB.:	CNPJ:	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
168138728119		08.772.232/0001-70	135242269990221 09/10/2024 14:53:56

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL:	CNPJ/CPF:	DATA DE EMISSÃO:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	09/10/2024

ENDEREÇO:	BAIRRO/DISTRITO:	CEP:	DATA DE SAIDA / ENTRADA:
RUA ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA	13901310	09/10/2024

MUNICÍPIO:	FONE/FAX:	UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DE SAÍDA:
AMPARO		SP	ISENTO	

FATURA

DOCUMENTO:	VALOR BRUTO:	VALOR DESCONTO:	VALOR LIQUIDO:	DATA VENCIMENTO:
203744	1.050,01	0,00	1.050,01	14/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS:	VALOR DO ICMS:	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.:	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO:	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.050,01

VALOR DO FRETE:	VALOR DO SEGURO:	DESCONTO:	OUT. DESP. ACESSÓRIAS:	VALOR DO IPI:	VALOR TOTAL DA NOTA:
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.050,01

TRANSPORTADOS / 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 DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	CÓD. ANP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	V. TRIBUTOS	CÓD. NCM	CST	CFOP	UND	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS
1589	820101033	DIESEL S-10 ADITIVADO GRID	282,45	27101921	061	5929	L	169,631	6,19	1.050,01	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

R. Ângelo Frare, 372 - Conj. Hab. Alberto Marques - Amparo - SP, CEP 13905-675 - UPA SÃO DIMAS
Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento São Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SPPlaca: GALAO
REFERENTE
CF-e CHAVE DE ACESSO: 35241008772232000170590008323789058100261315
ICMS monofásico sobre combustíveis cobrado anteriormente conforme Convênio ICMS 199/2022.
Tributos aproximados: R$ 90.30 (8.60%) Federal, R$ 192.15 (18.30%) Estadual, R$ 0.00 (0.00%) Municipal
- Fonte: IBPT - SP 19CB11
Duplicata 001 - Vencimento: 14/10/2024, Valor: 1.050,01

RESERVADO AO FISCO

Banco Itaú S.A. | 341-7 | Recibo do Pagador

Vencimento	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade
14/10/2024	2938/40670-5	R$	

(=) Valor Documento	(-) Desconto / Abatimento	(+) Juros/ Multa
1.050,01		

(=) Valor Cobrado	Nosso Número	Nº do Documento
	109/00023688-8	203744

Pagador:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - 45.349.461/0019-

Beneficiário
AUTO POSTO PORTAL DAS AGUAS LTDA - CPF/CNPJ: 08.772.232/0001-70
AVENIDA WALDYR BEIRA - 182 - FIGUEIRA - 13.904-452 - AMPARO - SP

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A. | 341-7 | Recibo de Entrega

Vencimento	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade
14/10/2024	2938/40670-5	R$	

(=) Valor Documento	Nosso Número
1.050,01	109/00023688-8

Pagador:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - 45.349.461/0019-

Assinatura	Data de Entrega

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.09008 02368.882938 84067.050009 5 98690000105001**

Local de Pagamento
PAGUE PELO APLICATIVO, INTERNET OU EM AGÊNCIAS E CORRESPONDENTES

Vencimento: **14/10/2024**

Beneficiário
AUTO POSTO PORTAL DAS AGUAS LTDA - CPF/CNPJ: 08.772.232/0001-70

Agência/Código do Beneficiário: **2938/40670-5**

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número
09/10/2024	203744	DM	N	09/10/2024	109/00023688-8

N° da Conta / Respons.	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$	x		1.050,01

Instruções: (TODAS AS INFORMAÇÕES DESTE TÍTULO SÃO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)

JUROS DE MORA DE 0,60% AO MES (R$ 0,21 / DIA)
MULTA DE 2,00% (R$ 21,00) A PARTIR DE 15/10/2024
PROTESTAR NO 60o. DIA APOS O VENCIMENTO
QUITAÇÃO VÁLIDA APÓS COMPENSAÇÃO DO CHEQUE.
BLOQUEIO ABASTECIMENTO APÓS 5 DIAS DE ATRASO.

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

Pagador: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CPF/CNPJ: 45.349.461/0019-31**
RUA ANA CINTRA, 332 - JARDIM PRIMAVERA
13.901-310 - AMPARO SP

PAGADOR / AVALISTA

Codigo de baixa

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

18/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:09
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BANCO INTER

07790001161209265519500561459835198700000048000
BENEFICIARIO:
ZAP E MED LTDA
NOME FANTASIA:
ZAP E MED LTDA
CNPJ: 51.391.968/0001-27
BENEFICIARIO FINAL:
ZAP E MED LTDA
CNPJ: 51.391.968/0001-27
PAGADOR:
associacao hospitalar ben eficiente
CNPJ: 45.349.461/0019-31

NR. DOCUMENTO 101.404
DATA DE VENCIMENTO 15/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 480,00
VALOR COBRADO 480,00
==========
NR.AUTENTICACAO 9.7A1.9E2.D21.22B.E93
==========
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 ZAP & MED LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 118
SÉRIE 2

ZAP & MED LTDA
Rua Professora Venina Correa Torres, 230
Sala 203
Centro - 26221200 Nova Iguacu/RJ

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
1 - SAÍDA
Nº. 118
SÉRIE 2
FOLHA 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3324 0951 3919 6800 0127 5500 2000 0001 1818 5829 7859
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	233240141109215 10/09/2024 16:56:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF
12926820		51391968000127

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45349461001931	10/09/202

ENDEREÇO	BAIRRO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
Rua Ana Cintra 332	Jardim Primavera	13901310	10/09/202

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
Amparo		SP		16:51:0

FATURA / DUPLICATAS

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	480,0

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	**480,0**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	volume			5,000	5,0

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOT	BASE CÁLC	VL ICMS	VL IPI	% ICMS	% IP
80mmX30mts	Papel Termossensivel p/ Eletrocardiograma 80mmX30Mts	48022090	0102	6101	pc	40,0000	12,00000	480,00					

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Vencimento: 15/10/2024
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL";
II - "NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI".
Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento Sao Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP
Pedido via whatsapp em 10/09/2024
Valor aproximado dos tributos:
R$ 72,28 federais
R$ 96,00 estaduais
Fonte: IBPT/empresometro.com.br 19CB11

RESERVADO AO FISCO

inter

Boleto Pix

R$ 480,00

Quem vai receber:

ZAP E MED LTDA

Pague sua cobrança via Pix, o recebimento é instantâneo.

Leia o QR Code no seu celular.

inter

Beneficiário	51.391.968/0001-27 - ZAP E MED LTDA
Endereço do Beneficiário	RUA PROFESSORA VENINA CORREA TORRES 230 SALA 203 LOTE 01 , 26221-200 NOVA IGUACU - RJ

Pagador	Vencimento	Valor do Documento
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN EFICIENTE BRASIL	15/10/2024	480,00

Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número / Cód. do Documento	Autenticação Mecânica
00019/318552493	00019/112/9005614598-3	

inter **077-9** **07790.00116 12092.655195 00561.459835 1 98700000048000**

Local De Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO	Vencimento: 15/10/2024
Beneficiário: 51.391.968/0001-27 - ZAP E MED LTDA	Agência / Código do Beneficiário: 00019/318552493

Data do Documento	N° do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
11/09/2024	118	DM	NÃO	11/09/2024	00019/112/9005614598-3

Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	Valor do Documento
	112	BRL			480,00

Informações de responsabilidade do beneficiário

danfe 118
Data Limite para pagamento: 15/10/2024

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BEN EFICIENTE BRASIL RUA ANA CINTRA 332 JARDIM PRIMAVERA, 13901-310 AMPARO/SP	CNPJ/CPF: 45.349.461/0019-31
Beneficiário Final	ZAP E MED LTDA	CNPJ/CPF: 51.391.968/0001-27

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:36:09
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
BANCO INTER
------------------------------------------------
07790001161209265519500616457875198800000021000
BENEFICIARIO:
ZAP E MED LTDA
NOME FANTASIA:
ZAP E MED LTDA
CNPJ: 51.391.968/0001-27
BENEFICIARIO FINAL:
ZAP E MED LTDA
CNPJ: 51.391.968/0001-27
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0019-31
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            101.405
DATA DE VENCIMENTO                    25/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                     14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        210,00
VALOR COBRADO                             210,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            C.862.CF6.884.7E3.6E0
================================================
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 ZAP & MED LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº. 122 SÉRIE 2

ZAP & MED LTDA
Rua Professora Venina Correa Torres, 230
Sala 203
Centro - 26221200 Nova Iguacu/RJ

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

1 - SAÍDA

Nº. 122
SÉRIE 2
FOLHA 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3324 0951 3919 6800 0127 5500 2000 0001 2215 9382 9672

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	233240151734698 19/09/2024 08:31:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF
12926820		51391968000127

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45349461001931	19/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
Rua Angelo Frare 372	Conjunto Habitacional Alberto	13905675	19/09/2024

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
Amparo		SP		07:17:00

FATURA / DUPLICATAS

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	210,00

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	**210,00**

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			5,000	5,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOT	BASE CÁLC	VL ICMS	VL IPI	% ICMS	% IPI
80mmX30mts	PAPEL DESFIBRILADOR 50X20	48022090	0102	6101	un	30,0000	7,00000	210,00					

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO SINCONECTA N 48490
PEDIDO FEITO POR 30451597885 EM 18/09/24
BOLETO VENCIMENTO 25.10.24
TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL".
II - "NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI"
Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento Sao Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP
Valor aproximado dos tributos
R$ 72,28 federais
R$ 96,00 estaduais

RESERVADO AO FISCO

Digitalizado com CamScanner

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:36:09
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090329052200600004195178898710000113000
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             101.406
NOSSO NUMERO                   32905220000004195
CONVENIO                                 03290522
DATA DE VENCIMENTO                     16/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       1.130,00
VALOR COBRADO                            1.130,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            E.B59.0BD.9A4.69B.EFF
==================================================
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 ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.013.537 Série 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP CEP 13.222-760
FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.013.537
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0135 3710 0015 7347

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
VENDA	Protocolo: 135242082985790 Data: 18/09/2024 11:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
712168965111		37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB	45.349.461/0001-02	18/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	WILLIAMS	17.402-064	18/09/2024

MUNICÍPIO	FONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
GARCA	(16) 3374-8438	SP		11:09:25

FATURA / DUPLICATA

001 - 1.130,00 - 16/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				1.130,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					1.130,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP	2	054262577	FMM1B16	SP	04.229.338/0001-70

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14	VARZEA PAULISTA	SP	712104470111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	CILINDROS	DIVERSOS	0	0	0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0025	ONU 1002 - AR COMPRIMIDO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAAZ3DR-NS *16/08/2024/BRCEAA49QK-NS 10M - 17/09/2024;	28539090	0102	5102	M3	30,00	21,00	630,00					
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAA5GNN-NS 10M - 17/09/2024;	28044000	0102	5102	M3	20,00	18,50	370,00					
0002	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL G - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAALMKL-NS 18/04/2024;	28044000	0102	5102	M3	2,00	65,00	130,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - S; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R$ 151,97 (13,45%) FEDERAL E R$ 203,40 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.I;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES	CONVÊNIO 021/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

Essencialox Com Gases Eq. Ltda **001**

Pagador: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Documento	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
004173	16/10/2024	32905220000004195	1.130,00

Comprovante de Entrega ____/____/____ _____

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **Recibo do Pagador**

Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário	Vencimento
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1	16/10/2024
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite		Data Processamento	Nosso Número
18/09/2024	004173	DM	N		18/09/2024	32905220000004195
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade		Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$				1.130,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$2,94 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.00009 03290.522006 00004.195178 8 98710000113000**

Local de Pagamento					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					16/10/2024
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
18/09/2024	004173	DM	N	18/09/2024	32905220000004195
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.130,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$2,94 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Digitalizado com CamScanner

18/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:09
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090329052200600004227179798720000121000
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	101.407
NOSSO NUMERO	32905220000004227
CONVENIO	03290522
DATA DE VENCIMENTO	17/10/2024
DATA DO PAGAMENTO	14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.210,00
VALOR COBRADO	1.210,00

==========
NR.AUTENTICACAO 1.3A0.875.464.6BD.787
==========
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.

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP CEP 13.222-700
FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.013.663
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0136 6310 0015 8616

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
VENDA	Protocolo: 135242149892671 Data: 26/09/2024 08:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
712168965111		37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB	45.349.461/0001-02	26/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	WILLIAMS	17.402-064	26/09/2024

MUNICÍPIO	FONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
GARCA	(16) 3374-8438	SP		08:40:14

FATURA / DUPLICATA

001 - 1.210,00 - 17/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				1.210,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					1.210,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	20,00	18,50	370,00					
0025	ONU 1002 - AR COMPRIMIDO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAA58SB-NS 10M - 24/09/2024;	28530000	0102	5102	M3	40,00	21,00	840,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - S; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R$ 162,74 (13,45%) FEDERAL E R$ 217,80 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.I;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUICOES DEVIDOS PELAS MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE (SIMPLES

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

Essencialox Com Gases Eq. Ltda 001

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Documento	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
004205	17/10/2024	32905220000004227	1.210,00

Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____ _____

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **Recibo do Pagador**

Beneficiário/CPF/CNPJ				Agência/Código Beneficiário	Vencimento
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				09895-7/000000000473-1	17/10/2024
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
26/09/2024	004205	DM	N	26/09/2024	32905220000004227
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.210,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$3,15 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.00009 03290.522006 00004.227179 7 98720000121000**

Local de Pagamento					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					17/10/2024
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
26/09/2024	004205	DM	N	26/09/2024	32905220000004227
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.210,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$3,15 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

18/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:10
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083192129452124007710007598660000051520
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 101.408
DATA DE VENCIMENTO 11/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 14/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 515,20
JUROS/MULTA 0,45
VALOR COBRADO 515,65
==========
NR.AUTENTICACAO C.C53.EE7.11B.58C.D0A
==========
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. 191.550
SÉRIE: 0
Página 1 de 2

Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001915501002133538

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
135242048471320 13/09/2024 23:20

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	13/09/2024

Endereço	Bairro/Distrito	Cep	Data de Saída/Entrada
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	13/09/2024

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

FATURA

Dupl. : 191.550/ 1 Valor : 515,20 Vencto. 11/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
515,20	92,73	0,00	0,00	515,20

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	515,20

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
3	CAIXAS			10,000	10,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

Cód. Produto / Serviço	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR.UNIT.	VLR.TOTAL	BC.ICMS	VLR.ICMS	VLR.IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
572088	LOCAO OLEOSA DE ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS 200ML DERMATROL C/1 HADASSAH Lote : DMTP0368 Val. 31/07/2026	33019010	000	5102	UND	75,00 75,00	5,210000	390,75	390,75	70,33		18,0	
48715	LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML C/10 FR 20ML "LEVOZINE" (C1) CRISTALIA Lote : 50016683 Val. 17/07/2027	30049079	000	5102	CX	1,00 1,00	124,450000	124,45	124,45	22,40		18,0	

Local de entrega: RUA ANA CINTRA 332 CENTRO 13901-901 AMPARO SP

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares
REG.:Sumaré N/P.217.239

OK
19/09/24
Raina

Reservado ao FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

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

te URA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 11/10/2024
dor/Avalista SOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Número do Documento 191550/1	Nosso Número 109/00319212-9
ecie R$ / Quantidade / (x)Valor	(=)Valor Documento R$ 515,20	(-)Descontos/Abatimentos
monstrativo:	(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

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

- -

Itaú Banco Itaú S/A | 341-7 | **34191.09008 31921.294521 24007.710007 5 98660000051520**

Local de Pagamento Até o vencimento pagável em qualquer banco do sistema de compensação					Vencimento 11/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.					Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 13/09/2024	Número do Documento 191550/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 13/09/2024	Nosso Número 109/00319212-9
Uso do Banco	Carteira 109	Espécie R$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R$ 515,20

Instruções
APÓS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,15 POR DIA DE ATRASO
APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 10,30
SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

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

Sacador/Avalista
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS
WILLIAMS - GARCA
17402-064 - SP

Scanned with CamScanner

18/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:10
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090329052200600004203170598730000042000
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	101.701
NOSSO NUMERO	32905220000004203
CONVENIO	03290522
DATA DE VENCIMENTO	18/10/2024
DATA DO PAGAMENTO	17/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO	420,00
VALOR COBRADO	420,00

==========
NR.AUTENTICACAO 8.DCF.29E.9F8.A1F.675
==========
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 ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e
21/09/2024	Daniel Paulista	Nº 000.013.563 Série 001

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP CEP 13.222-760
FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.013.563
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 0937 8340 1200 0121 5500 1000 0135 6310 0015 7614

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
VENDA	Protocolo: 135242100083209 Data: 20/09/2024 07:33

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
712168965111		37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB	45.349.461/0001-02	20/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	WILLIAMS	17.402-064	20/09/2024

MUNICÍPIO	FONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
GARCA	(16) 3374-8438	SP		07:32:20

FATURA / DUPLICATA
001 - 420,00 - 18/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				420,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					420,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CILINDROS	DIVERSOS	0	0	0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0025	ONU 1002 - AR COMPRIMIDO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28539090	0102	5102	M3	20,00	21,00	420,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
AMPARO /SP - CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - LOTE 49QK (2); LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R$ 56,49 (13,45%) FEDERAL E R$ 75,60 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.1;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO

RESERVADO AO FISCO
CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

Digitalizado com CamScanner

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:36:10
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090329052200600004239174898730000092000
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             101.702
NOSSO NUMERO                   32905220000004239
CONVENIO                                 03290522
DATA DE VENCIMENTO                     18/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      17/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         920,00
VALOR COBRADO                              920,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            3.E8F.954.835.D85.C5E
==================================================
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.
```

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

Fatura de Locação: 001906

Via Única:

Emissão: 27/09/2024

Razão Social: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - AHBB
Endereço: Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50
Bairro: Williams **CEP:** 17402\-064
Cidade: Garça **UF:** SP **Fone:** (16) 3374-8438 /
CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
IE/RG: **Vencimento:** **18/10/2024**

Dados do Documento

Codigo:	Descrição:	Quantidade:	Unitário:	Total:
1495	Locação cilindro de oxigenio cap. 10m³ medicinal	10,00	40,00	400,00
1484	Locação cilindro de ar comprimido cap. 10m³	10,00	40,00	400,00
1496	Locação cilindro de oxigenio cap. 1m³	2,00	30,00	60,00
1501	Locação de regulador com fluxometro	2,00	30,00	60,00

Valor Total da Fatura de Cobrança: **920,00**

Dados do Documento

LOCAÇÃO REFERENTE A UBS Jd. S. Dimas/Pref. Amparo.

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

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

Data do Recebimento:	Identificação e Assinatura do Recebedor:	Fatura de Locação:
		001906

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

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

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 03290.522006 00004.239174 8 98730000092000**

Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso Número
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME	**R$**		**32905220000004239-X**

Endereço
AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800

Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento
004217	**20071397**	**37.834.012/0001-21**	**18/10/2024**	**920,00**

(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
				920,00

Pagador
Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02

Instruções — Autenticação mecânica

JRS: Vl p/Dia Atraso R$ 2,39 desde: 19.10.2024
NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO.
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 03290.522006 00004.239174 8 98730000092000**

Local de Pagamento	Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento	**18/10/2024**
Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME	**9895-7 / 473-1**

Data do	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
03/10/2024	**004217**	**DM**	**N**	**11/10/2024**	**32905220000004239-X**

Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	Valor Documento
17	**R$**			**920,00**

Instruções
JRS: Vl p/Dia Atraso R$ 2,39 desde: 19.10.2024
NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO.
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(-) Mora/Multa	
(-) Outros Acrescimos	
(=) Valor Cobrado	**920,00**

Pagador
Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50
Garca - SP - 17402-064

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:36:10
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
CORA SCFI
------------------------------------------------
40390000075748574001300360801013198580000049840
BENEFICIARIO:
Michelini Controle De Vetores
NOME FANTASIA:
Michelini Controle De Vetores E Pra
CNPJ: 57.485.740/0001-82
BENEFICIARIO FINAL:
Michelini Controle De Vetores E Pra
CNPJ: 57.485.740/0001-82
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente D
CNPJ: 45.349.461/0019-31
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                            101.703
DATA DE VENCIMENTO                    03/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                     17/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        498,40
VALOR COBRADO                             498,40
================================================
NR.AUTENTICACAO            2.FCD.4FE.2D9.EF3.D09
================================================
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.
```

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

377/NFS-e

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E ORÇAMENTO
Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número / Série	377 / NFS-e	**Emissão**	04/09/2024 14:39:40	**Incidência**	Amparo (SP)	**ISS a reter**	Não
Prest. do Serviço	04/09/2024	**Código de verificação**	1LL4.LOJJ.MK3Q.TRZ2	**Exigibilidade**	Exigível	**RPS**	

Prestador de Serviços

Nome/Razão Social: MICHELINI CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS LTDA
CPF / CNPJ: 57.485.740/0001-82 **Reg.:** Simples
Endereço: R. José Bonifácio, 706 - Bairro: CENTRO - Cep: 13900000
Telefone: 38075600 **Município:** Amparo - SP **País:** Brasil
Insc. Mun.: 004936 **Cod. Mob.:** 004936 **Insc. Est.:**
Email:
Nome Fant.: DD MASSA

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF / CNPJ: 45.349.461/0019-31 **Reg.:** Faturamento
Endereço: R. ANA CINTRA, 332 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - Cep: 13901-310
Telefone: **Município:** Amparo - SP **País:** Brasil
Insc. Mun.: 211999 **Insc. Est.:**
Email: controladoria@ahbb.org.br

Código do Serviço/Atividade

7.13 - DEDETIZAÇÃO, DESINFECÇÃO, DESINSETIZAÇÃO, IMUNIZAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO, DESRATIZAÇÃO, PULVERIZAÇÃO E CONGÊNERES. (2,92 %)

* ISS - Correspondente aos itens de serviço do código tributário municipal ou a LC 116/2003

Discriminação dos Serviços

Descrição	Total
Controle de vetores e pragas (Rua Angelo Frare, 416 - Amparo/SP)	R$ 560,00

Tributos Federais

PIS	INSS	CSLL	IRRF	COFINS
0,00	61,60	0,00	0,00	0,00

Detalhamento de Valores

Valor Total da Nota(R$)	ISS(R$)	Desconto Condicional(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota (%)
560,00	16,35	0,00	560,00	2,92 %
Outras Retenções(R$)				
0,00			**Valor Líquido:**	**R$ 498,40**

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

ESTA NOTA FISCAL NÃO ACOBERTA O TRANSITO DE MERCADORIAS. Gerado por:MICHELINI CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS

Recebi(emos) de **MICHELINI CONTROLE DE VETORES E PRAGAS URBANAS LTDA**, os serviços constantes da nota fiscal Nº 377, série NFS-e, conforme verificável pelo endereço eletrônico:
http://www.nfe-cidades.com.br/documento/1LL4.LOJJ.MK3Q.TRZ2

Data: / / Assinatura:

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

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

cora
A parte simples do seu negócio.

Valor
R$ 498,40

Vencimento
03/10/2024

Beneficiário

Michelini Controle De Vetores E Pragas Urbanas Ltda Me
CNPJ 57.485.740/0001-82

Descrição

Nota Fiscal 377

Antes do vencimento

R$ 0,00
desconto

Após o vencimento

R$ 0,00 multa
0,00% juros

Intermediado por: Cora Sociedade de Crédito Direto
CNPJ 37.880.206/0001-63

Escaneie o QR code ou código de barras

Código de pagamento para copiar:

40390.00007 57485.740013 00360.801013 1 98580000049840

Pague esse boleto via Pix com o QR code abaixo

Data de emissão: 04/09/2024

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

cora | 403-9 | **40390.00007 57485.740013 00360.801013 1 98580000049840**

Local de Pagamento: Pagável em qualquer agência bancária					Vencimento: **03/10/2024**
Beneficiário: Michelini Controle De Vetores E Pragas Urbanas Ltda Me			CPF/CNPJ do Beneficiário: 57.485.740/0001-82		Agência/Código do Beneficiário: 0001
Data do Documento: 04/09/2024	Nr. do Documento: 100360801		Espécie Doc: DV	Aceite: N	Nosso Número: 574857400100360801
Uso do Banco	Carteira: 01	Espécie Moeda: R$	Quantidade Moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento: **498,40**
					(-) Desconto
					(-) Outras Deduções/Abatimento
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: Associação Hospitalar Beneficente Do Brasil - CNPJ 45.349.461/0019-31					
Sacador/Avalista					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Consultas - Emissão de comprovantes

G3372315425879561
23/10/2024 15:50:44

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:38:39
306203062          SEGUNDA VIA              0013
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
===============================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 18/10/2024
NR. DOCUMENTO                550.456.000.010.754
VALOR TOTAL                                42,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FARM GEMA GALGANI LTDA ME
AGENCIA: 0456-1          CONTA:         10.754-9
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
===============================================
NR.AUTENTICACAO            8.F54.34A.455.09B.3B1
```

RECEBEMOS DE FARMACIA GEMA GALGANI LTDA - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.994 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

FARMACIA GEMA GALGANI LTDA - EPP

RUA MONSENHOR PEDRO DOS SANTOS, 67 - - CENTRO,
Amparo, SP - CEP: 13900430 - Fone/Fax: 1938075306

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída
1

Nº 000.000.994
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3524 1057 5956 7000 0115 5500 1000 0009 9416 0170 0039

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	**135242223534656 - 04/10/2024 12:07**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
168018810118		57.595.670/0001-15

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - FILIAL AMPARO	45.349.461/0019-31	04/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
RUA ANNA CINTRA, 332 -	JARDIM PRIMAVERA	13901-901	

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
Amparo	1938088720	SP		

FATURA

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	42,00

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	42,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	3-Remetente Próprio				

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
01	AGUA DESTILADA - 5L	30049099	4102	5102	UN	2,0000	21,0000	42,00					

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
004894			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOCUMENTO EMITIDO POR EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL , NAO GERA CREDITO DE ICMS E IPI. TERMO DE CONVENIO 021/202 4 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AM PARO/SP - DADOS BANCARIO: BANCO DO BRASIL AG. 0456-1 C/C. 1 0.754-9	

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:38:39
306203062          SEGUNDA VIA              0003
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 18/10/2024
NR. DOCUMENTO                556.790.000.000.227
VALOR TOTAL                            8.197,46
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3          CONTA:            227-5
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            0.A6D.A54.171.2B2.3EB
```

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:38:39
306203062          SEGUNDA VIA              0006
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
===============================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 18/10/2024
NR. DOCUMENTO                556.790.000.000.227
VALOR TOTAL                               61,60
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3          CONTA:            227-5
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
===============================================
NR.AUTENTICACAO            7.C12.DFB.5D4.420.544
```

```
18/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   14:38:39
306203062          SEGUNDA VIA              0012
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
===============================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 18/10/2024
NR. DOCUMENTO                556.790.000.000.227
VALOR TOTAL                            7.461,97
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3          CONTA:            227-5
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
===============================================
NR.AUTENTICACAO           6.EEF.172.B92.502.1A2
```

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO DAYCOVAL S.A

70790001181219135400502579441185898750001925000
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 HOSP BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0019-31

NR. DOCUMENTO 102.101
DATA DE VENCIMENTO 20/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 19.250,00
VALOR COBRADO 19.250,00
==========
NR.AUTENTICACAO 3.DE7.FB7.B37.202.998
==========
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 35513

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

RECIBO DE LOCAÇÃO

RAZAO SOCIAL / NOME	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	01/10/2024

ENDERECO	BAIRRO	CEP
RUA ANA CINTRA Nº 332,	JARDIM PRIMAVERA	13901-310

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL / RG
AMPARO	(16)3374-8438	SP	ISENTO

NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR	NUMERO	VENCTO	VALOR
0035513/01	20/10/2024	19.250,00						

UNID	QUANT.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	VL.UNITÁRIO	VL. TOTAL
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA DIXTAL, MOD. DX3012	2.400,00	2.400,00
--	0	C-14479 PAT.:RESP239PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA DIXTAL, MOD. DX3012	2.400,00	2.400,00
--	0	C-14479 PAT.:RESP343PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA DIXTAL, MOD. DX3012	2.400,00	2.400,00
--	0	C-14479 PAT.:RESP347PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR MARCA DIXTAL, MOD. DX3012	2.400,00	2.400,00
--	0	C-14479 PAT.:RESP418PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE RESPIRADOR DE TRANSPORTE MARCA MAGNAMED - MOD. OXYMAG	2.300,00	2.300,00
--	0	C-14479 PAT.:RESPT116PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT107PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT162PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT166PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT307PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT429PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT494PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE MONITOR MULTIP. (ECG/SPO2/PNI/T) MARCA DIXTAL MOD. DX2022DC	550,00	550,00
--	0	C-14479 PAT.:SEPT649PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE AUTOCLAVE MARCA STERMAX, MOD. ANALOGICO HORIZONTAL 60L -220V	1.000,00	1.000,00
--	0	C-14480 PAT.:AUT11PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE CARDIOVERSOR MARCA PHILIPS - MOD. DFM 100	1.400,00	1.400,00
--	0	C-14480 PAT.:DM303PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIÓGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3	550,00	550,00
--	0	C-14480 PAT.:ECG205PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00
AP	1	LOCAÇÃO DE ELETROCARDIÓGRAFO MARCA MINDRAY - MOD. BENEHEART R3	550,00	550,00
--	0	C-14480 PAT.:ECG221PE PERIODO DE 01/09/2024 a 30/09/2024	0,00	0,00

CONVENIO SAO DIMAS 021/2024
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
LOCAÇÃO DE BENS MOVEIS ISENTA DO ISS CONFORME LISTA DE SERVIÇO FEDERAL
VALOR APROXIMADO DOS IMPOSTOS R$ 3.551,67 FONTE: IBPT
VENCIMENTO: 20/10/2024 - VALOR R$: 19.250,00

VALOR TOTAL: 19.250,00

Nº
35513

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

Data
_____/_____/_____ _____

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

Recibo do Pagador

BancoDaycoval | 707-2 | **70790.00118 12191.354005 02579.441185 8 98750001925000**

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A	**0001/009616977**	**REAIS**		**0001/112/0025794411-8**

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
0035513/01	**57.417.537/0001-79**	**20/10/2024**	**R$ 19.250,00**

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

Instruções
Mora de 6,41 ao dia, a partir de 21/10/2024

Pagador **ASSOCIACAO HOSP BENEFICENTE D**
RUA ANA CINTRA 332
JARDIM PRIMA - AMPARO/SP - CEP: 13901-310
CNPJ/CPF: **45.349.461/0019-31**

Sacador/Avalista
CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

BancoDaycoval | 707-2 | **70790.00118 12191.354005 02579.441185 8 98750001925000**

Beneficiário	Vencimento
OXYMED COM E LOC DE EQ MED HOSP S A	**20/10/2024**
Endereço do Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
RUA GUSTAVO DA SILVEIRA 1357 VILA SANTA CATARINA - SAO PAULO/SP 04376-006	**0001/009616977**

Data do documento	No documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
01/10/2024	**0035513/01**	**OU**	**N**	**02/10/2024**	**0001/112/0025794411-8**

Uso do banco	CIP	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor documento
1913540		**112**	**REAIS**			**R$ 19.250,00**

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)
Mora de 6,41 ao dia, a partir de 21/10/2024

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

Pagador **ASSOCIACAO HOSP BENEFICENTE D**
RUA ANA CINTRA 332
JARDIM PRIMA - AMPARO/SP - CEP: 13901-310
CNPJ/CPF: **45.349.461/0019-31**

Sacador/Avalista
CNPJ/CPF:

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399945685460000000107438101011198740000083394
BENEFICIARIO:
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
NOME FANTASIA:
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
CNPJ: 43.462.688/0001-34
BENEFICIARIO FINAL:
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
CNPJ: 43.462.688/0001-34
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BR
CNPJ: 45.349.461/0019-31

NR. DOCUMENTO 102.102
DATA DE VENCIMENTO 19/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 833,94
VALOR COBRADO 833,94
==========
NR.AUTENTICACAO 4.075.D02.BDE.446.D0E
==========
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.

PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP

RUA TREZE DE MAIO, 67 - CENTRO - AMPARO - SP - CEP: 13900-005
Fone: (19)3807-2753

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº 000.025.110
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0943 4626 8800 0134 5500 1000 0251 1010 0324 8438

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
LANC.EFET.VENDA EMIT.ECF	135242093847142 19/09/2024 12:45:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
168004094112		43.462.688/0001-34

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL	45.349.461/0019-31	19/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
RUA ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA	13901-310	

MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
AMPARO	SP	(16)3374-8438		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 25110 - Valor Original: R$ 833,94 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLíquido: R$ 833,94

DUPLICATAS

Número	001
Vencimento	19/10/2024
Valor	R$ 833,94

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	278,51 (33,40 %)	833,94

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	833,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
PAPELARIA COUCEIRO LTDA - EPP	0 - REMETENTI				43.462.688/0001-34

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA TREZE DE MAIO, 67 CENTRO	AMPARO	SP	168004094112

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	VOLUME				

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	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
11115	ARQUIVO MORTO PAPELAO Vr.Aprox.Tributos: R$ 4,22 (34,15 % FONTE IBPT)	48191000	0102	5929	UN	5,00	2,47	0,00	12,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
50100	CLIPS CX C/ 500 GRS 2/0 Vr.Aprox.Tributos: R$ 4,19 (32,71 % FONTE IBPT)	83059000	0102	5929	CX	1,00	12,80	0,00	12,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00033485	CORRETIVO LIQUIDO 18 ML MAXI FRAMA Vr.Aprox.Tributos: R$ 3,25 (32,71 % FONTE IBPT)	38249979	0102	5929	UN	5,00	1,99	0,00	9,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21154	ELASTICO 25 GRS Vr.Aprox.Tributos: R$ 0,68 (34,07 % FONTE IBPT)	40169990	0102	5929	CX	1,00	1,99	0,00	1,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00036153	ETIQUETA AUTO ADESIVA TP 12 AMARELA C/ 210 Vr.Aprox.Tributos: R$ 2,95 (31,45 % FONTE IBPT)	48211000	0102	5929	UN	2,00	4,69	0,00	9,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00034342	ETIQUETA AUTO ADESIVA TP 12 VERDE C/210 Vr.Aprox.Tributos: R$ 7,38 (31,45 % FONTE IBPT)	48211000	0102	5929	UN	5,00	4,69	0,00	23,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00034343	ETIQUETA AUTO ADESIVA TP 12 VERMELHA C/210 Vr.Aprox.Tributos: R$ 1,48 (31,45 % FONTE IBPT)	48211000	0102	5929	UN	1,00	4,69	0,00	4,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
010299	GRAMPEADOR JOCAR P/ 25 FLS 11,5 CM PT REF. 93013 Vr.Aprox.Tributos: R$ 20,28 (33,83 % FONTE IBPT)	84729040	0102	5929	UN	5,00	11,99	0,00	59,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00034769	GRAMPO 26/6 C/ 5000 O.M GALVANIZADO (CROMADO) Vr.Aprox.Tributos: R$ 3,07 (32,71 % FONTE IBPT)	83052000	0102	5929	CX	2,00	4,69	0,00	9,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00036324	PAPEL SULFITE 210X297 A4 PRIME C/ 500 FLS Vr.Aprox.Tributos: R$ 231,01 (33,48 % FONTE IBPT)	48025610	0500	5929	UN	30,00	23,00	0,00	690,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
(Fe-SAT Ref.(3524 0943 4626 8800 0134 5900 0040 4950 4694 6686 7779)
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA CREDITOS FISCAIS DE ICMS, IPI E ISS
NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123/06
Local Entrega: RUA ANA CINTRA, 332 JARDIM PRIMAVERA AMPARO 13901-310
Obs: SAT = [S1 46946] (PEDIDO = 48491) (TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP)
Total Aprox.Tributos: R$ 278,50 (33,40 % FONTE IBPT)Código: 2818

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 19/09/2024 12:44:42

Projeto ACBr - www.projetoacbr.com.br

Digitalizado com CamScanner

Assinatura

Data Entrega

/ /

Santander | 033-7 | Ficha da Caixa

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO

Vencimento
19/10/2024

Beneficiário
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
CNPJ: 43462688000134

Agência/Código Beneficiário
0029 9456546

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
19/09/2024	NN 25110/1	DM	N	19/09/2024

Nosso Número
000000007438 1

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	RCR	R$		

(=) Valor do Documento
833,94

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
'Cobrar juros de R$ 0,11 por dia de atraso para pagamento após 19/10/2024
PROTESTAR APOS 7 DIAS DA DATA DE
VENCIMENTO
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE SEM
AUTORIZAÇÃO NÃO QUITA BOLETO

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL(2818)
RUA ANA CINTRA, 332,
13901-310 JARDIM PRIMAVERA AMPARO SP

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa
000000007438 1

Autenticação mecânica

Santander | 033-7 | 03399.94568 54600.000001 07438.101011 1 98740000083394

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO

Vencimento
19/10/2024

Beneficiário
PAPELARIA COUCEIRO LTDA EPP
CNPJ: 43462688000134

Agência/Código Beneficiário
0029 9456546

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
19/09/2024	NN 25110/1	DM	N	19/09/2024

Nosso Número
000000007438 1

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	RCR	R$		

(=) Valor do Documento
833,94

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário.)
'Cobrar juros de R$ 0,11 por dia de atraso para pagamento após 19/10/2024
PROTESTAR APOS 7 DIAS DA DATA DE
VENCIMENTO
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE SEM
AUTORIZAÇÃO NÃO QUITA BOLETO

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC.DO BRASIL(2818)
RUA ANA CINTRA, 332,
13901-310 JARDIM PRIMAVERA AMPARO SP

CPF/CNPJ do Pagador
CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa
000000007438 1

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Digitalizado com CamScanner

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083217801452124007710007898760000104770
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 102.103
DATA DE VENCIMENTO 21/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 1.047,70
VALOR COBRADO 1.047,70
==========
NR.AUTENTICACAO A.4B4.E4F.AE1.AD6.D87
==========
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 Futura Com.Prod.Médicos Hosp.Ltda os produtos/serviços constantes da nota fiscal indicada ao lado

NF-e
No. 192.785

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. 192.785

SÉRIE: 0

Página 1 de 2

Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001927851002145928

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
135242127136687 23/09/2024 22:03

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	23/09/2024

Endereço	Bairro/Distrito	Cep	Data de Saída/Entrada
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	23/09/2024

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

FATURA

Dupl. : 192.785/ 1 Valor : 1.047,70 Vencto. 21/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
1.047,70	173,32	0,00	0,00	1.047,70

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	1.047,70

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
2	CAIXAS			6,000	6,000

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
573070	ACIDO ACETILSALICILICO 100MG CX C/30 CP "GENERICO" EMS Lote : 4B8768 Val. 28/04/2026	30049024	000	5102	CX	16,00 16,00	1,050000	16,80	16,80	2,02		12,0	
568042	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM CX C/50 "ARTRINID" UNIAO QUIMICA Lote : 2422229 Val. 30/06/2026	30049029	000	5102	CX	6,00 6,00	72,480000	434,88	434,88	78,28		18,0	
568527	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML CX C/100AMP "PROMETAZOL" HIPOLABOR/SANVAL Lote : BL-018/24 Val. 31/07/2026	30049079	000	5102	CX	1,00 1,00	358,270000	358,27	358,27	64,49		18,0	
574695	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML CX C/ 100 "GENERICO" TEUTO BRASILEIRO Lote : 9045085 Val. 30/03/2025	30049037	000	5102	CX	3,00 3,00	79,250000	237,75	237,75	28,53		12,0	

Local de entrega: RUA ANA CINTRA 332 CENTRO 13901-901 AMPARO SP

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

Scanned with CamScanner

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

Cedente: FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	Agência/Código Cedente: 4522/40077-1	Vencimento: 21/10/2024
Sacador/Avalista: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Número do Documento: 192785/1	Nosso Número: 109/00321780-1
Espécie: R$ / Quantidade: / Valor: x	(=)Valor Documento: R$ 1.047,70	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:	(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

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

- -

Banco Itaú S/A | Banco 341-7 | 34191.09008 32178.014521 24007.710007 8 98760000104770

Local de Pagamento: Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.						Vencimento: 21/10/2024
Cedente: FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente: 4522/40077-1
Data Documento: 23/09/2024		Número do Documento: 192785/1	Espécie Doc.: RC	Aceite: N	Data Processamento: 23/09/2024	Nosso Número: 109/00321780-1
Uso do Banco	CIP	Carteira: 109	Espécie: R$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento: R$ 1.047,70

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)
APÓS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,31 POR DIA DE ATRASO
APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 20,95
SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

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

Sacado
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS
WILLIAMS - GARCA
17402-064 - SP

Sacador/Avalista

Scanned with CamScanner

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083217991452124007710007698760000010212
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 102.104
DATA DE VENCIMENTO 21/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 102,12
VALOR COBRADO 102,12
==========
NR.AUTENTICACAO F.110.34D.140.374.B79
==========
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.

Cedente
FUTURA

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. 192.780

SÉRIE: 0

Página 1 de 1

Chave de Acesso da NF-e
35240908231734000193550000001927801002145875

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
135242127219410 23/09/2024 22:14

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	23/09/2024

Endereço	Bairro/Distrito	Cep	Data de Saída/Entrada
AV DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS	17402-064	23/09/2024

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

FATURA

Dupl. : 192.780/ 1 Valor : 102,12 Vencto. 21/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo de ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo de ICMS Sub	Valor do ICMS Sub	Valor Total dos Produtos
102,12	18,38	0,00	0,00	102,12

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	102,12

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			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
566562	COLETOR PERFUROCORT PAPELAO 13L PARDO ECOLOGIC C/20 DESCARBOX Lote : 9354 Val. 07/06/2029	48191000	000	5102	CX	1,00 1,00	102,120000	102,12	102,12	18,38		18,0	

Local de entrega: RUA ANA CINTRA 332 CENTRO 13901-901 AMPARO SP

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

Informações Complementares

REG.:Sumaré N/P.218.704

PEDIDO 3629/4540 1 TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP 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

Scanned with CamScanner

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

Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.	Agência/Código Cedente 4522/40077-1	Vencimento 21/10/2024
Sacador/Avalista ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	Número do Documento 192780/1	Nosso Número 109/00321799-1
Espécie R$ / Quantidade / Valor x	(=)Valor Documento R$ 102,12	(-)Descontos/Abatimentos
Demonstrativo:	(+)Outros Acréscimos	(=)Valor Cobrado

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

- -

Banco Itaú S/A | Banco 341-7 | 34191.09008 32179.914521 24007.710007 6 98760000010212

Local de Pagamento Até o vencimento preferencialmente no ITAU. Após o vencto., somente no ITAU.						Vencimento 21/10/2024
Cedente FUTURA COM.DE PROD.MEDICOS HOSP.						Agência/Código Cedente 4522/40077-1
Data Documento 23/09/2024		Número do Documento 192780/1	Espécie Doc. RC	Aceite N	Data Processamento 23/09/2024	Nosso Número 109/00321799-1
Uso do Banco	CIP	Carteira 109	Espécie R$	Quantidade	(x)Valor	(=)Valor Documento R$ 102,12
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente) APÓS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,03 POR DIA DE ATRASO APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 2,04 SUJEITO A PROTESTO APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO						(-)Descontos/Abatimentos (-)Outras Deduções (+)Mora/Multa (+)Outros Acréscimos (=)Valor

Sacado
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ: 45.349.461/0001-02
RUA DR ORLANDO THIAGO DOS SANTOS
WILLIAMS - GARCA
17402-064 - SP

Sacador/Avalista

Scanned with CamScanner

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090171153600101398037174198760000057077
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 102.105
NOSSO NUMERO 17115360001398037
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 21/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 570,77
VALOR COBRADO 570,77
==========
NR.AUTENTICACAO 3.614.4DD.B9B.32F.223
==========
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

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 GALPAO 22 e 27 - JARDIM PRIMAVERA - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA | 1

Nº. 1919601 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3524 0967 7291 7800 0491 5500 1001 9196 0112 6205 9969

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135242127163999 23/09/2024 22:06:55
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	23/09/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
R DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS		17402-064	23/09/2024
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
GARCA	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1919601/1	21/10/2024	570,77						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
570,77	102,74	0,00	0,00	570,77

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	570,77

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
RIOCLARENSE PROPRIO JAG	0 - Por conta do emitente				67.729.178/0004-91

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22	JAGUARIUNA	SP	395060142110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,00373	1,049	1,049

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030867	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML,CLORIDRATO (HALEX/ISO FARMA) L: 3110001 Q: 240,0000 F: 01/11/23 V: 01/11/2025	30049041	000	5102	AP	240,00	0,6803	163,27	163,27	29,39	0,00	18,00	0,00
020960	CLORIDRATO DE ESCETAMINA 50MG/ML 2ML (DEXTROC ETAMINA) (CRISTALIA) L: 50014253 Q: 25,0000 F: 15/05/2 4 V: 15/05/20 26 *** Portaria 344/98 B1	30049032	000	5102	AP	25,00	16,30	407,50	407,50	73,35	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 45349461000102-RUA ANA CINTRA 332 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: AMPARO CEP: 13901310 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 362974841 TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SP DATA ENTREGA: 24/09/2024 Pedido: 2955711 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 2955711 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 06/05/2025 TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Razao Social: SANTA CASA ANNA CINTRA Endereco: RUA ANA CINTRA 332 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: AMPARO CEP: 13901310 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)

RESERVADO AO FISCO

OK
Larissa Santana
25/09/24

| 001-9 | RECIBO DO SACADO

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
21/10/2024	5119-5 / 306406-9	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	
570,77			
(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	
	17115360001398037	1919601/01	

SACADO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

| 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
21/10/2024	5119-5 / 306406-9	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO		
570,77	17115360001398037		

SACADO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ASSINATURA DO RECEBEDOR	DATA DE ENTREGA

CORTE NA LINHA PONTILHADA

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01398.037174 1 98760000057077

LOCAL DE PAGAMENTO

QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 21/10/2024

CEDENTE

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-5 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
23/09/2024	1919601/01	DM	N	23/09/2024	17115360001398037
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			570,77

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 22/10/2024
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R$ 11,41)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) JUROS / MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

SACADO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ 45.349.461/0001-02
R DR ORLANDO T SANTOS, 50
GARCA - SP - CEP: 17402-064

CÓDIGO DE BAIXA

1ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – **FICHA DE COMPENSAÇÃO**

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01398.037174 1 98760000057077

LOCAL DE PAGAMENTO

QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 21/10/2024

CEDENTE

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-5 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
23/09/2024	1919601/01	DM	N	23/09/2024	17115360001398037
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			570,77

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 22/10/2024
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R$ 11,41)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) JUROS / MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

SACADO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ 45.349.461/0001-02
R DR ORLANDO T SANTOS, 50
GARCA - SP - CEP: 17402-064

CÓDIGO DE BAIXA

2ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – **FICHA DE COMPENSAÇÃO**

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO BRADESCO S.A.

23792763029000000064735004042608298760000054750
BENEFICIARIO:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUID
NOME FANTASIA:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA D
CNPJ: 30.461.442/0001-04
BENEFICIARIO FINAL:
PRECISION COMERCIAL DISTRIBUIDORA D
CNPJ: 30.461.442/0001-04
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 102.106
DATA DE VENCIMENTO 21/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 547,50
VALOR COBRADO 547,50
==========
NR.AUTENTICACAO C.044.985.F3B.BA6.B0F
==========
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.

Precision

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. 000.016.368
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 0930 4614 4200 0449 5500 1000 0163 6810 1727 4237

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	**135242120407433 - 23/09/2024 10:18:41**

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**	**23/09/2024**

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.	21/10/2024
Valor	R$ 547,50

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
547,50	65,70	0,00	0,00	0,00	0,00	547,50
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	547,50

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			2,667	2,667

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
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	173,0000	173,00	173,00	20,76			12,00	
15027	FOSFATO DISSODICO DE DEXAMETASONA 4MG/ML C/2,5ML (10MG) CX/50 AMP HYPOFARMA G+ Lote: 23111250 Qt: 7 Val: 30/11/25	30043290	000	5102	CX	7	53,5000	374,50	374,50	44,94			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
PDC#362974841#BIONEXO
ENDEREACO DE ENTREGA. RUA ANNA CINTRA 332 JARDIM PRIMAVERA HOSPITAL SANTA CASA ANNA CINTRA DE AMPARO
RECEBIMENTO DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA DAS 730 AS 1700 HORAS
Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento Sao Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP
PEDIDO DE COMPRA:PDC#362974841#BIONEXO
Vendedor: 13-JOAO PAULO DE OLIVEIRA Id Ped: 1727205
Inf. fisco:
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 73,64 Estadual: R$ 65,70 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) GENERICO artigo 54, inciso XIX do RICMS/SP.

RESERVADO AO FISCO

Scanned with CamScanner

Precision Hospitalar

PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA
VIA ANHANGUERA, KM 307 L-11 GP02
Cep:14093-500 – RIBEIRÃO PRETO – SP
Fone:(16)3236-9010

Bradesco

RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário:	Agência/Cod.Beneficiário	Data do Documento	Vencimento
PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA	2763-4/0040426-8	23/09/2024	21/10/2024
Pagador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (6276) AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 - JARDIM ARIANO 16400-400 - LINS-SP	Número Documento: 16368-01	Nosso Número: 00000006435	Valor: 547,50

Autenticação Mecânica

Bradesco | **237-0** | **23792.76302 90000.000647 35004.042608 2 98760000054750**

Local de Pagamento:					Vencimento 21/10/2024
Beneficiário PRECISION COMERCIAL DIST DE PROD MEDICO HOSP LTDA- 30.461.442/0004-49					Agência/Código Beneficiário 2763-4/0040426-8
Endereço Beneficiário VIA ANHANGUERA, KM 307 L-11 GP02 - 14093-500-RIBEIRÃO PRETO-SP					
Data do documento: 23/09/2024	No. do documento 16368-01	Espécie doc. DM	Aceite N	Data Processamento 23/09/2024	Cart./Nosso Número 09/00000006435-4
Uso do Banco	Carteira 09	Espécie Moeda R$	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor do Documento 547,50

Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)
PGTO/ATRASO COBRAR MORA DE R$ 0,18 AO DIA
PGTO/ATRASO COBRAR MULTA DE R$ 10,95
"Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso".

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

Ficha de Compensação

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (6276)
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 - JARDIM ARIANO
16400-400 - LINS-SP
45.349.461/0001-02
Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Scanned with CamScanner

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BANCO DO BRASIL

00190000090329052200600004295176198770000105000
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	102.107
NOSSO NUMERO	32905220000004295
CONVENIO	03290522
DATA DE VENCIMENTO	22/10/2024
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.050,00
VALOR COBRADO	1.050,00

==========
NR.AUTENTICACAO D.B34.B86.5E7.D8F.7AC
==========
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.

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP
CEP 13.222-760
FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.013.745
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 1037 8340 1200 0121 5500 1000 0137 4510 0015 9989

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO: VENDA

DATA/H DA NF-e Protocolo: 135242188912047 Data: 01/10/2024 07:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 712168965111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.:

CNPJ: 37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB

CNPJ / CPF: 45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO: 01/10/2024

ENDEREÇO: RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50

BAIRRO / DISTRITO: WILLIAMS

CEP: 17.402-064

DATA SAÍDA / ENTRADA: 01/10/2024

MUNICÍPIO: GARCA

FONE: (16) 3374-8438

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL:

HORA SAÍDA: 07:35:06

FATURA / DUPLICATA

001 - 1.050,00 - 22/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				1.050,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					1.050,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL: OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP

FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO: **2**

CÓDIGO ANTT: 054262577

PLACA DO VEÍCULO: FKZ2H20

UF: SP

CNPJ / CPF: 04.229.338/0001-70

ENDEREÇO: AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14

MUNICÍPIO: VARZEA PAULISTA

UF: SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 712104470111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CILINDROS	DIVERSOS	0	0	0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0025	ONU 1002 - AR COMPRIMIDO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAA5ZWX-NS 10M - 27/09/2024;	28539090	0102	5102	M3	50,00	21,00	1.050,00					

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R$ 141,22 (13,45%) FEDERAL E R$ 189,00 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.I;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO DE TRIBUTOS E CONTRIBUIÇÕES [illegible]

RESERVADO AO FISCO

Essencialox Com Gases Eq. Ltda **001**

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Documento	Vencimento	Nosso Número	(=) Valor Documento
004273	22/10/2024	32905220000004295	1.050,00

Comprovante de Entrega _____ / _____ / _____ _____

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **Recibo do Pagador**

Beneficiário/CPF/CNPJ				Agência/Código Beneficiário	Vencimento
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21				09895-7/000000000473-1	22/10/2024
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
01/10/2024	004273	DM	N	01/10/2024	32905220000004295
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.050,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$2,73 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | **001-9** | **00190.00009 03290.522006 00004.295176 1 98770000105000**

Local de Pagamento					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO					22/10/2024
Beneficiário/CPF/CNPJ					Agência/Código Beneficiário
Essencialox Com Gases Eq. Ltda 37.834.012/0001-21					09895-7/000000000473-1
Data do Documento	Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento	Nosso Número
01/10/2024	004273	DM	N	01/10/2024	32905220000004295
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor Documento
	17-19	R$			1.050,00

Instruções
JUROS DE MORA DE R$2,73 POR DIA CORRIDO

O DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO.

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

Pagador ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02 IE/RG:
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS WILLIAMS GARÇA - SP
CEP: 17402064

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10499601704000010004600000334250298800000300500
BENEFICIARIO:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HO
NOME FANTASIA:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITA
CNPJ: 33.190.250/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITA
CNPJ: 33.190.250/0001-90
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL AMPARO
CNPJ: 45.349.461/0019-31

NR. DOCUMENTO 102.108
DATA DE VENCIMENTO 25/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 3.005,00
VALOR COBRADO 3.005,00
==========
NR.AUTENTICACAO E.553.8E7.C71.627.80A
==========
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.

Medicinalli Produtos Médico Hospitalares LTDA
RUA ANTONIO DURÃO, 76, ANEXO B, ALVORADA
14.140-000 - Cravinhos - SP
Fone (16) 2122-9999 - medicinalli.vendas@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0-Entrada
1-Saída: 1

Nº 003342
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3524 0933 1902 5000 0190 5500 1000 0033 4210 0866 7266

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 mercadorias	135242144959910 25/09/2024 16:28:09

Inscrição Estadual	Inscr.est. do subst.trib.	CNPJ
279.051.035.110		33.190.250/0001-90

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31		25/09/2024
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Ana Cintra, 332	Jardim Primavera	13.901-310	25/09/2024
Município	**UF**	**Fone/Fax**	**Hora saída**
Amparo	SP	(16) 3374-8438	16:28:06

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	25/10/2024	3.005,00						

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	3.005,00

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	3.005,00

Transportador/Volumes transportados

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

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1	Caixa(s)			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	SELADORA MANUAL	84224090	0102	5.102	UN	1,00	175,00	175,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CFOP5102	SELADORA PAPEL GRAU CIRURGICO	84224090	0102	5.102	UN	1,00	650,00	650,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00
CL-300	TROCADOR DE FRALDAS CL-300	94037000	0102	5.102	UN	1,00	2.180,00	2.180,00	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
11419	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
MEDICINALLI, EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. PIX CNPJ: 33.190.250/0001-90. (Em caso de emissão de boleto, o pagamento deverá ser realizado impreterivelmente através do mesmo). Total aproximado de tributos: R$ 344,68 (11,47%) . Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento São Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP. Endereço de entrega UPA São Dimas RUA. Ângelo Frare, 416 - Conj. Hab. Alberto Marques, Amparo - SP, 13905-675.	

25/09/2024 16:28:45

BOLETO EM ANEXO

BOLETO EM ANEXO

COBRANÇA BANCÁRIA CAIXA

GERENCIADOR CAIXA

104-0 10499601704000010004600000033425029880000030050 0

Beneficiário MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES	CPF/CNPJ 33.190.250/0001-90	Ag. / Cód. do Beneficiário 4787 / 960174

Endereço do Beneficiário ANTONIO DURAO, n° 76, , ALVORADA, CRAVINHOS	UF SP	CEP 14140-000

Data do documento	Nº documento	Aceite	Data do processamento	Nosso Número
25/09/2024	3342	NAO	25/09/2024	14000000000003342 - 7

Pagador ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL AMPARO	CPF/CNPJ 45.349.461/0019-31
Endereço do Pagador RUA ANA CINTRA, n° 332, , JD PRIMAVERA, AMPARO	UF SP / CEP 13901-310
Sacador / Avalista	CPF/CNPJ 00.000.000/0000-00

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 2,00 REAIS AO DIA
MULTA : 60,10 REAIS A PARTIR DE 26/10/2024

Carteira	Espécie DOC	Vencimento	Valor do documento	Valor Cobrado
RG	DM	25/10/2024	3.005,00	

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**

GERENCIADOR CAIXA

104-0 10499601704000010004600000033425029880000030050 0

Local De Pagamento
PREFERENCIALMENTE NAS CASAS LOTERICAS ATÉ O VALOR LIMITE

Vencimento 25/10/2024

Beneficiário: MEDICINALLI PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES 33.190.250/0001-90
ANTONIO DURAO, n° 76, , ALVORADA, CRAVINHOS

Ag. / Cód. do Beneficiário: 4787 / 960174

Data do documento	Nº documento	Espécie Doc	Aceite	Data do processamento
25/09/2024	3342	DM	NAO	25/09/2024

Nosso Número: 14000000000003342 - 7

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Qtde. moeda	Valor
	RG	REAL		

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário):

PROTESTAR COM 15 DIAS
JUROS : 2,00 REAIS AO DIA
MULTA : 60,10 REAIS A PARTIR DE 26/10/2024

(=) Valor do Documento	**3.005,00**
(-) Desconto	0,00
(-) Outras Deduções/Abatimento	0,00
(+) Mora/Multa/Juros	0,00
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	0,00

Pagador: ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL AMPARO — CPF/CNPJ: 45.349.461/0019-31
Endereço: RUA ANA CINTRA, n° 332, , JD PRIMAVERA, AMPARO — UF: SP CEP: 13901-310
Sacador/Avalista: — CPF/CNPJ: 00.000.000/0000-00

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

23/10/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:50:45
306203062 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399806259940000065138820801017198760000015990
BENEFICIARIO:
F. J. FANTINI AMPARO - ME
NOME FANTASIA:
F. J. FANTINI AMPARO - ME
CNPJ: 74.484.403/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
F. J. FANTINI AMPARO - ME
CNPJ: 74.484.403/0001-90
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 102.109
DATA DE VENCIMENTO 21/10/2024
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO 159,90
VALOR COBRADO 159,90
==========
NR.AUTENTICACAO 3.6E9.CF1.1F9.A35.993
==========
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.

NOTA SCM 21

F. J. FANTINI AMPARO LTDA
CPF/CNPJ: 74.484.403/0001-90
IE/RG: 168031808112
Fone: (19) 3808-7500 SAC: (19) 3808-7500

Rodovia SP 95 KM 45,5, SN - Bairro da Varginha
CEP: 13905-529 - Amparo/SP
E-mail: teleson@teleson.com.br - Site: www.teleson.net.br

Nota fiscal N°

000.358.673

Série 001 - Via 1 - Folha 1/1

Conta contrato **000072649**

Destinatário:

62733 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **IE/RG:** ISENTO

RUA ÂNGELO FRARE, 416 PA SÃO DIMAS - CONJUNTO HABITACIONAL ALBERTO MARQUES

Amparo / São Paulo CEP: 13905-675

Tipo de cliente: Comercial

Contato Anatel: 1331 ou 1332 para pessoas com deficiências auditivas

CFOP	Natureza da operação
5307	Prestação de serviço de comunicação a não contribuinte

Base de cálculo do ICMS	Aliquota	Valor do ICMS	Valor do FUST	Valor do FUNTTEL	Período da Prestação	Data da Emissão
159,90	18	28,78	0,00	0,00	de 20/09/2024 até 20/10/2024	01/10/2024

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	V.UNIT.	TOTAL
FIBRA_440MEGA_DOWN/150MEGA_UP*	1	159,90	159,90
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS			**159,90**

DADOS DO CONSUMO

Mês	Download	Upload
09/2024	1.27 TB	97.00 GB
08/2024	49.09 GB	8.52 GB

Informações complementares
ID título referência - 3365377

Reservado ao fisco
AUTENTICAÇÃO DIGITAL: 916D.A14A.936E.5C9B.7D73.959D.0F55.4E93

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

Santander | 033-7

Santander | 033-7 | 03399.80625 99400.000651 38820.801017 1 98760000015990

Beneficiário
F. J. FANTINI AMPARO LT

Agência/Código Beneficiário
0029 / 8062994

Espécie/Moeda **R$** | *Quant./Moeda*

(=) Valor Documento **159,90**

(-)Desconto/Abatimentos

(-)Outras Deduções

(+)Outros Acréscimos

(=)Valor cobrado

Nosso Número
000006538820-8

Pagador
62733 - ASSOCIAÇÃO HOSPI

Vencimento
21/10/2024

RECIBO DO PAGADOR

Local de pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO OU LOTÉRICA MESMO APÓS O VENCIMENTO.

Vencimento **21/10/2024**

Beneficiário **F. J. FANTINI AMPARO LTDA 74.484.403/0001-90**
Rodovia SP 95 KM 45,5, SN, Chácara Santa Cruz - Bairro da Varginha - Amparo/SP

Agência/Código Beneficiário **0029 / 8062994**

Data Doc.	*Número Doc.*	*Especie Doc.*	*Aceite*	*Data Processamento*	*Nosso Número*
30/08/2024	**3365377**	**DM**	**N**	**28/09/2024**	**000006538820-8**
Uso do Banco	*Carteira*	*Espécie Moeda*	*Quant. Moeda*	*(X) Valor*	*(=) Valor Documento*
	RCR	**R$**			**159,90**

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

Após o vencimento cobrar juros de R$ 0,05 ao dia.
Após o vencimento cobrar multa de R$ 3,20.

de 20/09/2024 até 20/10/2024

(-)Desconto/Abatimentos

(-)Outras Deduções

(+)Outros Acréscimos

(=)Valor cobrado

Pagador
62733 - ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL 45.349.461/0001-02
RUA ÂNGELO FRARE, 416, PA SÃO DIMAS, CONJUNTO HABITACIONAL ALBERTO MARQUES - Cidade: Amparo, CEP: 13905-675, UF: São Paulo

Sacador/ Avalista: 74.484.403/0001-90 - F. J. FANTINI AMPARO LTDA

FICHA DE COMPENSAÇÃO

--- Autenticação Mecânica ---

```
23/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:50:45
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
--------------------------------------------------
34191090081033705014921443850009198760000660000
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: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.110
DATA DE VENCIMENTO                     21/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      21/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       6.600,00
VALOR COBRADO                            6.600,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            C.380.833.117.651.440
==================================================
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.
```

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

SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal de Finanças

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS Nº 2211288 Série 1, emitido em 30/09/2024

NÚMERO NOTA **15860**

DATA E HORA DA EMISSÃO **30/09/2024 14:31:12**

CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **FTZ4UNJN**

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	**45.349.461/0019-31**	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
NOME / RAZÃO	**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**	E-MAIL	**ger.rh@ahbb.org.br**
ENDEREÇO	**Rua Ana Cintra - Jardim Primavera - CEP: 13901310, 332**		
MUNICÍPIO	**Amparo**	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 - PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
TOTAL BENEFICIOS: 6.599,00
TOTAL DO PEDIDO Nº 50736 : 6600,00

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

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: 30/09/2024 14:31:12

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
15860

Fatura

Data de Emissão: 02/10/2024
Nro.: 9571
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO - 45.349.461/0019-31

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: 45.349.461/0019-31
ENDEREÇO: Rua Ana Cintra 50 — CEP: 13901-310
BAIRRO: Jardim Primavera — MUNICIPIO: Amparo

DESCRIÇÃO DA FATURA

FATURA REFERENTE A DESPESA DE VALE ALIMENTAÇAO DO PEDIDO Nº 50736.

TIPO DE BENEFÍCIOS NO PEDIDO

Vale Alimentação -

Período de 01/09/2024 até 30/09/2024

Itens

TOTAL DO BENEFICIO:	R$ 6.600,00
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$ 6.600,00

Observações:

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

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 10337.050149 21443.850009 1 98760000660000**

Beneficiário	Agência / Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso número
BENEFICIOS UPS LTDA - EPP	**0142/14438-5**	**R$**		**109/00103370-5**

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor documento
000103370	**17359884000178**	**21/10/2024**	**R$ 6.600,00**

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0019-31
Rua Ana Cintra
Jardim Primavera - 3501905/SP - CEP: 13901-310

Instrucoes
Nao Receber apos o vencimento
Boleto referente ao Pedido 50736 de 01/09/2024 a 30/09/2024. Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO - 45.349.461/0019-31

Autenticacao mecanica

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A. | 341-7 | **34191.09008 10337.050149 21443.850009 1 98760000660000**

Local de pagamento	Vencimento
Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ	**21/10/2024**
Beneficiário: **BENEFICIOS UPS LTDA - EPP**	Agência / Código Beneficiário: **0142/14438-5**

Data do documento	No documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento	Carteira / Nosso número
30/09/2024	**000103370**		**N**	**30/09/2024**	**109/00103370-5**

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor	(=) Valor documento
	109	**R$**			**R$ 6.600,00**

Instrucoes (Texto de responsabilidade do beneficiario)
Nao Receber apos o vencimento
Boleto referente ao Pedido 50736 de 01/09/2024 a 30/09/2024. Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO - 45.349.461/0019-31

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0019-31
Rua Ana Cintra
Jardim Primavera - 3501905/SP - CEP: 13901-310

Cód. baixa

Sacador / Avalista

Autenticacao mecanica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

IPJ: 45.349.461/0019-31 Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL **Departamento: PRONTO ENDIMENTO AMPARO**
dido: 50736 **Período: 01/09/2024 até 30/09/2024**
tal Benefícios: R$ 6.600,00

trícula:
F:446.703.288-67
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
Nome: ALEXYA ALVES DE LIMA ELERO
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula:
F:330.290.378-27
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
Nome: ANA CARLA DA SILVA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula:
F:352.316.748-50
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
Nome: ANA CAROLINE CHILAVER BISPO
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula:
F:356.430.708-71
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
Nome: ANA ELISA DE OLIVEIRA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula:
F:304.459.748-00
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)
Nome: ANA LUCIA DE SOUZA POLLI DE CARVALHO
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total

LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:201.767.608-06
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: ELIZANDRA MARIA DA CONCEI??O
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:216.722.118-59
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FABIANA APARECIDA LOPES DE LIMA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:338.840.178-02
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: FERNANDA BROLEZI OLIVEIRA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:213.020.038-95
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GENI BATISTA RODRIGUES
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:472.469.438-62
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: GIOVANI HENRIQUE DE PAIVA OLIVEIRA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:096.141.549-50
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: INDIANARA LAIANE DOS REIS BARROS
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:216.206.918-09
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JANAINA DE FATIMA SOUZA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:072.448.764-67
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JESSICA BARBOSA DOS SANTOS
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:157.953.038-95
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: JOCIANE MOREIRA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:395.639.228-08
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: KETLIN VASCONCELOS DA SILVA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:479.167.778-19
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s)

Nome: LARISSA BRAGA MACHADO CARLOS
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
Departamento: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

ıtrícula:
'F:430.839.628-00

Nome: LARISSA RODRIGUES SANTANA
Local de Trabalho: PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** LEIDIANA DOS SANTOS CARDOSO
F:483.317.198-83 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** MARIA APARECIDA DEGAN
F:353.082.158-63 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** MARIA CRISTINA CORNELIO CAVASSAM
F:279.079.658-02 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS
F:097.606.184-86 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** MARINA PIFFER
F:343.758.518-56 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** PAMELA ROBERTA DA SILVA DE PAULA

F:413.673.128-09 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** PATRICIA RODRIGUES MARTINS
F:400.230.068-46 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** RENATA MARDEGAN MARQUINI
F:373.528.288-18 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** ROSELI BASTOS SILVA
F:293.927.938-12 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** RYAN CARDOSO PINHEIRO
F:411.662.468-33 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** SAMIRA CASSIA SANTOS FUZETO ROPELLE
F:304.515.978-85 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	**QTD**	**Valor Unitário**	**Total**
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** SANDRA REGINA SOUZA VIEIRA DOS SANTOS PEREIRA
F:221.489.198-65 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** SARAH FERREIRA OLIVEIRA SILVA
F:372.202.908-29 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** SHEILA PRADO SIQUEIRA
F:283.407.818-12 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** SILVIA HELENA GONCALVES DOS REIS SANTOS
F:110.745.468-90 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

trícula: **Nome:** YALUNI NAIARA UWASA CHICONATO CAMARGO
F:320.961.178-52 **Local de Trabalho:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO
cala: GERAL 21 Dia(s) Trabalhado(s) **Departamento:** PRONTO ATENDIMENTO AMPARO

nefício	QTD	Valor Unitário	Total
LE ALIMENTAÇAO SODEXO - AHBB 200,00	1	R$ 200,00	R$ 200,00

Total: R$ 200,00

sinatura: _____ **Data:** ____/____/_____

Total Parcial de Benefícios: R$ 6.600,00
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$ 6.600,00

Emissão: 02/10/2024 08:35

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
127.84788.23-9	MARIA APARECIDA DEGAN			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
MANOEL HENRIQUE, 167				SANTO ANTONIO
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
AMPARO	SP	13.901-250		353.082.158-63
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
30/09/1985	CLEUSA ROMERO TERRÃO DEGAN			

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
2.490,95	01/09/2024		15/10/2024	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 15/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.104,27	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 141,20	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras 11,00 horas a 100%	R$ 304,45	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 76,11	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 2/12 avos	R$ 415,16	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 2/12 avos	R$ 415,16	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 138,39
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$ 2.594,74**

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$ 125,16	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 31,13
114.1 IRRF	R$ 151,39	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 307,68**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 2.287,06**

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
210.73380.69-8	RYAN CARDOSO PINHEIRO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua RUA MARIA ANGELINA CONTI BUENO, 41				ALTO DAS PALMEIRAS
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SERRA NEGRA	SP	13.930-000	57991000000 - 00356 / SF	411.662.468-33
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
20/06/1992	ANDREIA CARDOSO PINHEIRO			

DADOS DO CONTRATO

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

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

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
4.062,80	02/09/2024		16/10/2024	RA1

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 16/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.854,88	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 150,62	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 63,74 horas 40,00%	R$ 492,63
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$ 134,35	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 2/12 avos	R$ 689,29	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 1/12 avos	R$ 344,65	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 114,88
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 (MEDIA AFAST DOENCA DIR. INTEGRAL)	R$ 0,77	95.1 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R$ 60,69		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 3.842,76**

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$ 222,09	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 51,69
114.1 IRRF	R$ 630,19	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 903,97**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 2.938,79**

Consultas - Emissão de comprovantes

G3320410397901631
04/11/2024 10:58:21

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 - AUTOATENDIMENTO - 10.58.20
3062703062 0001
Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 37.383-4
==========
SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202410241356186451319 00
CNPJ DO PAGADOR: 45.349.461/0019-31
VALOR: R$480,00
TARIFA: R$0,00
DATA: 24/10/2024 - 14:05:28

PAGO PARA: Douglas V Farias
CPF: ***.414.066-**
CHAVE PIX: +5519995884212
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS S.A.
AGENCIA: 0001 - CONTA: 00000000000454820658
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

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: 24/10/2024 - 14:05:29
==========
DOCUMENTO: 102401
AUTENTICACAO SISBB: B.39E.53B.E6E.9D4.8BC
==========
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.

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e

Chave de Acesso da NFS-e
35019052254284469000129000000000000324106545976234

Número da NFS-e	Competência da NFS-e	Data e Hora da emissão da NFS-e
3	20/10/2024	20/10/2024 12:48:55
Número da DPS	**Série da DPS**	**Data e Hora da emissão da DPS**
3	900	20/10/2024 12:48:55

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	Inscrição Municipal	Telefone
54.284.469/0001-29	-	(19) 9588-4212

Nome / Nome Empresarial
54.284.469 DOUGLAS VINICIUS FARIAS

E-mail
DOUGLASFARIAS071982@GMAIL.COM

Endereço	Município	CEP
PREFEITO RAUL DE OLIVEIRA FAGUNDES, 271, CENTRO	Amparo - SP	13900-560

Simples Nacional na Data de Competência
Optante - Microempreendedor Individual (MEI)

Regime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF	Inscrição Municipal	Telefone
45.349.461/0019-31	-	-

Nome / Nome Empresarial
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail
-

Endereço	Município	CEP
ANA CINTRA, 332, JARDIM PRIMAVERA	Amparo - SP	13901-310

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
15.06.03 - Coleta e entrega de documentos, bens e valores.	-	Amparo - SP	-

Descrição do Serviço
Prestação de serviços de transporte de documentos e afins.
Convênio 21/2024.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Operação Tributável	-	Amparo - SP	Nenhum
Tipo de Imunidade	**Suspensão da Exigibilidade do ISSQN**	**Número Processo Suspensão**	**Benefício Municipal**
-	Não	-	-
Valor do Serviço	**Desconto Incondicionado**	**Total Deduções/Reduções**	**Cálculo do BM**
R$ 480,00	-	-	-
BC ISSQN	**Alíquota Aplicada**	**Retenção do ISSQN**	**ISSQN Apurado**
-	-	Não Retido	-

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

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

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
R$ 480,00	R$	R$	-
IRRF, CP,CSLL - Retidos	**PIS/COFINS Retidos**		**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 0,00	-		**R$ 480,00**

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais	Estaduais	Municipais
0,00 %	0,00 %	0,00 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 10.58.21
3062703062                                  0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
================================================
PAGAMENTO VIA QR CODE
------------------------------------------------
ID:             E00000000202410241358569490437 34
CNPJ DO PAGADOR:              45.349.461/0019-31
VALOR:                                  R$132,84
TARIFA:                                   R$0,00
DATA:                      24/10/2024 - 14:05:28
COD PRODUTO: 20a2fa9b37184319879d98f382c47073
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: 24/10/2024 - 14:05:29
================================================
DOCUMENTO: 102402
AUTENTICACAO SISBB:        2.1AD.25A.896.A43.FC5
================================================
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	0124102133811822-1	21/10/2024 15:44

Pagar este documento até
25/10/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
132,84

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
10/2024	1	0,00	132,84	0,00	0,00	132,84
Total Geral:		**0,00**	**132,84**	**0,00**	**0,00**	**132,84**

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

Data de geração da Guia: 21/10/2024 às 15:44:25 - 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/709c3eb3d510475d9c10364ba70680f6520400005303986580 2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***63043A3A

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/709c3eb3d510475d9c10364ba70680f6

```
25/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   11:23:17
306203062          SEGUNDA VIA              0002
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  25/10/2024
NR. DOCUMENTO                559.122.000.000.212
VALOR TOTAL                                910,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SITCON TEC E LOC E LTDA
AGENCIA: 9122-7          CONTA:            212-7
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            5.F47.026.810.5B6.DCD
```

Fatura de Locação - 080947

Data da emissão da Nota/Fatura: 21/10/2024

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS LTDA

CNPJ/CPF: 42.323.482/0001-60 **Inscrição Municipal:** 41719 **Inscrição Estadual:** ISENTO

Endereço: RUA SANTA ANGÉLICA, 222 **CEP:** 13.320-000

Complemento: Não Informado **Bairro:** JARDIM SÃO GABRIEL II

Município: SALTO **UF:** SP **País:** BRASIL

TOMADOR DE SERVIÇOS

Razão Social/Nome: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF: 45.349.461/0019-31 **Inscrição Municipal:** **Inscrição Estadual:** isento

Endereço: R ANA CINTRA 332 **CEP:** 13901-310 **Bairro:** JD. PRIMAVEIRA

Município: AMPARO **UF:** SP **País:** BRASIL

FATURA DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Serviço de Locação de EQUIPAMENTOS DE TI prestado de 01/09/2024 a 30/09/2024
SANTA CASA DE AMPARO
Contrato de Gestão nº 14/2024

Equipamentos	Valor Und.	Valor Mês
01 Mini pc's	R$ 125,00	R$ 125,00
01 Totem	R$ 650,0	R$ 650,00
01 Tv 50 Polegadas	R$ 135,00	R$ 135,00

Valor: R$ 910,00

CONTRATO DE GESTÃO 144/2024

Conta para depósito:
Banco do Brasil
Agência: 9122-7
C/C: 212-7

Desobriga-se a emissão da Nota Fiscal de Serviços por não constar na lista de serviços tributáveis da Lei Complementar Federal 116./123. Item 301.

RELATÓRIO LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

São Paulo, 21 de Outubro de 2024.

À
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
SANTA CASA DE AMPARO

Relatório de Locação de equipamentos para BHCL, alocados na Santa Casa de Amparo no período de 01/09/2024 a 30/09/2024.

Foram realizados a acompanhamento na utilização dos equipamentos locados para a unidade, treinamentos e acompanhamento na utilização dos itens. Realizado ainda a troca, instalação e configuração das impressoras.

Equipamentos
01 Mini PC
01 Totem
01 Tv 50’

Att,
Sitcon Tecnologia e Locação de Equipamentos.

Jadeson F. Silva
Tecnologia da Informação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
42.323.482/0001-60 **MATRIZ**		**15/06/2021**

NOME EMPRESARIAL
SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS LTDA

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
SITCON TECNOLOGIA	**ME**

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
62.09-1-00 - Suporte técnico, manutenção e outros serviços em tecnologia da informação

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
42.21-9-04 - Construção de estações e redes de telecomunicações
43.21-5-00 - Instalação e manutenção elétrica
47.42-3-00 - Comércio varejista de material elétrico
47.51-2-01 - Comércio varejista especializado de equipamentos e suprimentos de informática
47.52-1-00 - Comércio varejista especializado de equipamentos de telefonia e comunicação
62.02-3-00 - Desenvolvimento e licenciamento de programas de computador customizáveis
63.11-9-00 - Tratamento de dados, provedores de serviços de aplicação e serviços de hospedagem na internet
70.20-4-00 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica
77.33-1-00 - Aluguel de máquinas e equipamentos para escritórios
77.39-0-02 - Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador
78.10-8-00 - Seleção e agenciamento de mão-de-obra
80.20-0-01 - Atividades de monitoramento de sistemas de segurança eletrônico
82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo
85.99-6-04 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial
95.12-6-00 - Reparação e manutenção de equipamentos de comunicação
96.09-2-99 - Outras atividades de serviços pessoais não especificadas anteriormente

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
206-2 - Sociedade Empresária Limitada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
R SANTA ANGELICA	**222**	**SALA 3**

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
13.327-545	**JARDIM SAO GABRIEL II**	**SALTO**	**SP**

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
JADERSON23@YAHOO.COM.BR	**(11) 6613-6820**

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	**15/06/2021**

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **27/09/2022** às **12:12:05** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

Voltar Imprimir

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 42.323.482/0001-60

Razão Social: SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMEN

Endereço: R SANTA ANGELICA 222 / JARDIM SAO GABRIEL / SALTO / SP / 13327-545

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.

Validade:05/10/2024 a 03/11/2024

Certificação Número: 2024100504555688755893

Informação obtida em 21/10/2024 17:27:17

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

Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

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

CNPJ: 42.323.482/0001-60

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

Certidão nº	24071140843-00
Data e hora da emissão	24/07/2024 17:15:19
Validade	6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

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

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

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

Nome: SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS LTDA
CNPJ: 42.323.482/0001-60

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

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

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

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 11:30:15 do dia 30/08/2024 <hora e data de Brasília>.
Válida até 26/02/2025.
Código de controle da certidão: **8875.8B10.5D5B.FD70**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO
Rua 9 de Julho, 1.053 - Centro - Fone (11) 4602-8500
Cep 13.322-900 - Salto - SP - CNPJ 46.634.507/0001-06 - www.salto.sp.gov.br

CERTIDÃO NEGATIVA
Nº. 33984/2024

CERTIFICA, para os devidos fins, que o(a) contribuinte abaixo mencionado é devidamente inscrito no cadastro Mobiliário e ENCONTRA-SE QUITE com a Taxa de Licença para Instalação e Funcionamento e com o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) para com esta Fazenda Municipal.

CERTIFICA, ainda que esta Certidão não exime o(a) contribuinte de regularizar sua Escrituração Fiscal.

Esta Certidão tem validade por 90 (noventa) dias.

Inscrição:	0000093920
Tipo Contribuinte:	Jurídica
Nome do Contribuinte:	SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS LTDA
CNPJ:	42323482000160
Inscrição Estadual:	600.232.120.117
Endereço Fiscal:	RUA SANTA ANGELICA Nº 222 - SALA 3 JARDIM SAO GABRIEL II CEP 13327-545 SALTO SP - SALTO - SP
Data Abertura:	
Atividade:	620910000 - SUPORTE TÉCNICO, MANUTENÇÃO E OUTROS SERVIÇOS EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Foram Consultados que não há Débitos até a presente data, ressalvando-se à Fazenda Municipal o direito de, a qualquer tempo, lançar e cobrar qualquer importância que lhe venha a ser julgada e devida

Nada mais. Dado e passado pelo Departamento de Rendas da Prefeitura da Estância Turista de Salto, no dia 24 de Julho de 2024.

Codigo de controle da Certidão : CVVED3BB9CBF782C470E04F2A7F544C2732

Para a Confirmação de Autenticidade Desta Certidão Consulte o Endereço (https://cidadaosalto.giap.com.br/ords/salto01/f?p=331)

Certidão Emitida Gratuitamente.
ATENÇÃO: Qualquer Rasura ou Emenda Invalidará Este Documento.

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 42.323.482/0001-60
Certidão nº: 52845713/2024
Expedição: 01/08/2024, às 13:55:24
Validade: 28/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **SITCON TECNOLOGIA E LOCACAO DE EQUIPAMENTOS LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **42.323.482/0001-60**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.° 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

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

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR			
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0001-02	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR			
10 PIS/PASEP 200.85519.18-3	11 Nome FERNANDA BROLEZI OLIVEIRA		
17 CTPS (nº, série, UF) 04722700000 - 282SP /	18 CPF 338.840.178-02	19 Data de Nascimento 02/03/1985	20 Nome da Mãe ROSANGELA ROMERO BROLEZI

CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão antecipada, pelo empregado, do contrato de trabalho por prazo determinado				
24 Data de Admissão 02/09/2024	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento 16/10/2024	27 Cod. Afastamento RA1	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				

No dia ___/___/_____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R$, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____ /_____, _____ de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE
AMPARO - SÃO DIMAS

156 Informações à CAIXA:

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

```
28/10/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   15:58:46
306203062          SEGUNDA VIA              0016
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  28/10/2024
NR. DOCUMENTO                550.456.000.073.846
VALOR TOTAL                                603,64
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PAULA P SILVA CARDOSO
AGENCIA: 0456-1          CONTA:         73.846-8
NR. DOCUMENTO                553.062.000.037.383
================================================
NR.AUTENTICACAO            A.469.5CF.7CE.614.401
```

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
	PAULA PEREIRA DA SILVA CARDOSO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
RUA BENEDITO POMPEU , 43				SAO DIMAS
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
AMPARO	SP	13.905-625	3275605 - 2833 / SP	327.560.528-33
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
03/03/1986	ANTONIA DE JESUS PEREIRA DA SILVA			

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
873,52	06/09/2024		18/10/2024	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00	0,00	04- Empregado Contr. Intermitente

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 18/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 544,58	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 42,36	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional ___/12 avos	R$ 0,00	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc __/12 avos	R$ 0,00	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 0,00
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 (VALE ALIMENTAÇÃO)	R$ 20,00	95.1 Outras Verbas (13 SALARIO TRAB INTERMITENTE)	R$ 44,02		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 650,96**

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$ 44,02	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 3,30
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
CONVÊNIO 021/2024					
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS				**TOTAL DEDUÇÕES**	**R$ 47,32**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 603,64**

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
--------------------------------------------------
34191570070423946001940131300002298830000002425
BENEFICIARIO:
DROGARIA ANA CINTRA LTDA ME
NOME FANTASIA:
DROGARIA ANA CINTRA LTDA ME
CNPJ: 66.874.850/0001-27
BENEFICIARIO FINAL:
DROGARIA ANA CINTRA LTDA ME
CNPJ: 66.874.850/0001-27
PAGADOR:
P.A. SAO DIMAS
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.801
DATA DE VENCIMENTO                     28/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      28/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                          24,25
VALOR COBRADO                               24,25
==================================================
NR.AUTENTICACAO            2.E0B.52C.3A9.091.07D
==================================================
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 E ASSINATURA DO RECEBEDOR		NF-e
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Número: 8443 Série: 1 Pag.1/1

DROGARIA ANA CINTRA LTDA

RUA ANA CINTRA,136 - CENTRO
AMPARO / SP - CEP:13901-310
Tel.: 01938082888

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA: 1

Nº.8443

Série: 1

CHAVE DE ACESSO
3524.1066.8748.5000.0127.5500.1000.0084.4310.0008.4444

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	*Protocolo de Autorização de Uso*	
VENDA C/ CUPOM FISCAL	135242194900510	01/10/2024 - 16:16:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
168027076114		66874850000127

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
PA SAO DIMAS			45.349.461/0019-31	01/10/2024
ENDEREÇO: rua Angelo Frare	NR: 372	BAIRRO / DISTRITO: Conj Hab Albe	CEP: 13905675	DATA DA SAÍDA: 01/10/2024
MUNICÍPIO: AMPARO	UF: SP	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA: 16:16:16

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENCOMENTO	VALOR
Nº.Dup.001	Venc.28/10/2024	R$.24.25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0.00	0.00	0.00	0.00		24.25

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	24.25

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	FABRICANTE	NCM/SH	O/CST	CFOP	UNID.	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS
9762	ISORDIL 5MG CX 30 COMP SUBLING Lote: 0U3527 Qtd:1.000 Fab:03/11/2018 Val:03/11/2020	SIGMA PHAR	30049059	060	5929	UN	1	14,05	0,00	14,05	0,00	0,00	0,00	0%
1409	APRESOLINA 25MG C/20 Lote: 1635234 Qtd:1.000 Fab:25/03/2020 Val:30/04/2022 FCI 7D1BF18E-D005-42C6-9F85-3A0A373C7568	NOVARTIS	30049069	560	5929	UN	1	10,20	0,00	10,20	0,00	0,00	0,00	0%

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

'Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento So Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP.

SAT-CFe Mod.59 - Numero de Serie CFe: SAT000044543 chave de acesso : 35240966874850000127590000445432242075821220,
SAT-CFe Mod.59 - Numero de Serie CFe: SAT00004454367 chave de acesso : 35240966874850000127590000445432250426959719,
NF. Ref.:35240966874850000127590000445432242075821220'

RESERVADO AO FISCO

RECIBO DO PAGADOR

Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.57007 04239.460019 40131.300002 2 98830000002425**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento **28/10/2024**
Beneficiário **DROGARIA ANA CINTRA LTDA ME** **CNPJ/CPF:** 66.874.850/0001-27 R ANA CINTRA, 136, , 13901310 - CENTRO - AMPARO - SP					Agência/Código Beneficiário 0014/01313-0
Data do documento 01/10/2024	Núm. do documento	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 01/10/2024	Nosso Número 157 / 00042394 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento **24,25**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. NEGATIVAR APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: P.A. SAO DIMAS **CNPJ/CPF:** 45.349.461/0019-31 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:**					

Autenticação mecânica

Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.57007 04239.460019 40131.300002 2 98830000002425**

Local de pagamento: Pague pelo aplicativo, internet ou em agências e correspondentes.					Vencimento **28/10/2024**
Beneficiário **DROGARIA ANA CINTRA LTDA ME** **CNPJ/CPF:** 66.874.850/0001-27 R ANA CINTRA, 136, , 13901310 - CENTRO - AMPARO - SP					Agência/Código Beneficiário 0014/01313-0
Data do documento 01/10/2024	Núm. do documento	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 01/10/2024	Nosso Número 157 / 00042394 - 6
Uso do Banco	Carteira 157	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento **24,25**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. NEGATIVAR APÓS 10 DIAS DO VENCIMENTO					(-) Descontos/Abatimento
					(+) Juros/Multa
					(=) Valor Cobrado
Pagador: P.A. SAO DIMAS **CNPJ/CPF:** 45.349.461/0019-31 RUA DR ORLANDO THIAGO SANTOS , 17402064 - WILLIAMS - GARCA - SP **Beneficiário final:** **CNPJ/CPF:**					

Ficha de Compensação

Autenticação mecânica

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

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BCO BRADESCO S.A.
--------------------------------------------------
23791497072149700259844008636803798840000074000
BENEFICIARIO:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
NOME FANTASIA:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
BENEFICIARIO FINAL:
MED CENTER COMERCIAL LTDA
CNPJ: 00.874.929/0001-40
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.901
DATA DE VENCIMENTO                     29/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         740,00
VALOR COBRADO                              740,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            6.3C3.551.407.A37.B47
==================================================
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.
```

NFe v4.0 - VERSÃO 6.

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: 000573178
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO:
3124 1000 8749 2900 0140 5500 1000 5731 7817 1675 4079

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO **VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6108**	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO **131246217331867 03/10/24 17:56:03**

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	03/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTR/SAÍDA
RUA DR ORLANDO T SANTOS, 50	WILLIAMS	17402-064	04/10/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
GARCA	1133748438	SP		17:53:57

FATURA / DUPLICATA

001 29/10/2024 740,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
740,00	88,80	0,00	0,00	740,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX.TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		740,00

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)		607323	2,233 Kg	2,233 Kg

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS %ICMS	%.IPI
00206500 3004.50.90	**DRAMIN B6 DL AMP 10 ML (N) - B24G1251/FAB.01/07/24/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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
BOLETO
ID 364547304.1 Termo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento Sao Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP Contato: MARCIA - (19)3808-8720 - compras1@amparo.ahbb.org.br
#Endereco de Entrega: Rua Ana Cintra, 332 - Jardim Primavera - 13901-901 - AMPARO - Sao Paulo - SP
Pedido: 607323
Volume M3: 0.004152
Rota: 9
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

Bradesco | 237-2 | **Comprovante de Entrega**

BENEFICIÁRIO MED CENTER COMERCIAL LTDA CNPJ/CPF:00.874.929/0001	AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	N. DO DOCUMENTO 573178/01
PAGADOR 13516-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	NOSSO NÚMERO 02/14970025944	VENCIMENTO 29/10/2024
RECEBI(EMOS) O BLOQUETO — ASSINATURA		VALOR DO DOCUMENTO 740,00

LOCAL DE PAGAMENTO PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO	DATA DE PROCESSAMENTO 03/10/2024

Bradesco | 237-2 | **RECIBO DO PAGADOR**

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO

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
03/10/2024	573178/01	DM	N	04/10/2024

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

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 29/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

237-2 RECIBO DO PAGADOR

MedCenter Comercial

Fone: (35) 3449-1950

VENCIMENTO	29/10/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	
CART. / NOSSO NÚMERO	02/14970025944-8
1 (=) VALOR DO DOCUMENTO	740,00
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

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

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | 23791.49707 21497.002598 44008.636803 7 98840000074000

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BRADESCO EXPRESSO

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
03/10/2024	573178/01	DM	N	04/10/2024

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

INSTRUÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESTE BOLETO, CONTATE O BENEFICIÁRIO
Após 29/10/2024, cobrar Juros de 7,50 % ao Mês e Multa de 2,00%.

PROTESTAR 07 DIAS APÓS O VENCIMENTO

VENCIMENTO	29/10/2024
AGÊNCIA / CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	
CART. / NOSSO NÚMERO	02/14970025944-8
1 (=) VALOR DO DOCUMENTO	740,00
2 (-) DESCONTO / ABATIMENTOS	
3 (-) OUTRAS DEDUÇÕES	
4 (+) MORA / MULTA / JUROS	
5 (+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
6 (=) VALOR COBRADO	

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

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090302324000900040249179298850000017831
BENEFICIARIO:
E.C.M.BIANCHI E CARVALHO MATER
NOME FANTASIA:
E.C.M.BIANCHI E CARVALHO MATERIAIS
CNPJ: 05.341.519/0001-57
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.902
NOSSO NUMERO                   30232400000040249
CONVENIO                                 03023240
DATA DE VENCIMENTO                     30/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         178,31
VALOR COBRADO                              178,31
==================================================
NR.AUTENTICACAO            0.1F6.755.D09.ACD.49F
==================================================
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 E.C.M. BIANCHI & CARVALHO MAT. P/ CONSTR. LTDA ME OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 30/09/2024 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - VALOR TOTAL: R$ 178,31

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.029.381
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

E.C.M. BIANCHI & CARVALHO MAT. P/ CONSTR. LTDA ME

AV. ULDERICO BATONI, 322 - PARQUE MODELO - CEP:13905-610 - AMPARO - SP
TEL: (19)3808-1348

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.029.381 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3524 0905 3415 1900 0157 5500 1000 0293 8119 0029 3810

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	135242181673283 30/09/2024 13:37:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
168125723114		05.341.519/0001-57

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	30/09/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA ÂNGELO FRARE, 372	CONJUNTO HABITACIONAL Al	13905-675	30/09/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
AMPARO		SP		13:37:09

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	029381	178,31	0,00	178,31

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	30/10/2024	178,31									

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	178,31

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	178,31

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	1 - DESTINATARIO				

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
20800	BRACO CHUVEIRO 30CM DAMA	39172300	0102	5102	UN	4,00	14,74	58,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00372	COTOVELO ESG.TIGRE 40X90º	39174090	0500	5405	UN	3,00	2,64	7,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00122	COTOVELO SOLD.TIGRE 3/4X90º	39174090	0500	5405	UN	3,00	0,95	2,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32949	FRISO P/PORTA 70CM ALUMARK	76042920	0500	5405	UN	4,00	18,25	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
32073	LAMP.LED BULBO.GALAXY 20WX6500K	85395200	0102	5102	UN	1,00	22,37	22,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00498	MTS TUBO ESG.PVC TIGRE 40MM	39174090	0500	5405	MT	1,00	8,13	8,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05385	MTS TUBO SOLD.TIGRE 1/2	39172300	0500	5405	MT	1,00	5,08	5,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(SUJEITO AO ICMS R$ 81,33)-(SUB.TRIBUTARIA R$ 96,98)
PERMITE O APROVEITAMENTO DO CREDITO DE ICMS NO VALOR DE R$ 2,57
CORRESP. ALIQ. DE 3,16 NOS TERMOS DO ART. 23 LEI COMPLEMENTAR 123/06
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
Val Aprox Tributos R$56,32(31,59%) Fonte:IBPT

RESERVADO AO FISCO

CONVÊNIO 021/2024
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

BANCO DO BRASIL | 001-9 | Recibo do Pagador

cal de Pagamento
'agável em qualquer banco até o vencimento

Vencimento: 30/10/2024

neficiário E.C.M. BIANCHI & CARVALHO MAT. P/ CONSTR. LTDA ME - CNPJ: 05.341.519/0001-57
, , / Fone:

Agência / Código Beneficiário: 0456-1/2024-9

ıta do Documento	Numero do Documento	Especie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
30/09/2024	029381/01	02	N	30/09/2024	30232400000040249

;o do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	17/027	R$			178,31

truções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Sujeito a Protesto 5 dias úteis a partir do vencimento
Cobrar Juros de R$ 0,36 por dia de atraso
Multa de R$ 3,57 após o vencimento.

(-) Desconto
(-) Outras Deducoes / Abatimento
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acrescimos
(=) Valor Cobrado

agador: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
RUA ÂNGELO FRARE 372 - CONJUNTO HABITACIONAL ALBERTO, AMPARO / SP - 13905675

CPF / CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa

eneficiário
nal:

Autenticação Mecânica

c System

BANCO DO BRASIL | 001-9 | 00190.00009 03023.240009 00040.249179 2 98850000017831

cal de Pagamento
ıgável em qualquer banco até o vencimento

Vencimento: 30/10/2024

neficiário E.C.M. BIANCHI & CARVALHO MAT. P/ CONSTR. LTDA ME - CNPJ: 05.341.519/0001-57
, , / Fone:

Agência / Código Beneficiário: 0456-1/2024-9

ıta do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
30/09/2024	029381/01	02	N	30/09/2024	30232400000040249

o do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	17/027	R$			178,31

truções (Texto de responsabilidade do beneficiário.)
Sujeito a Protesto 5 dias úteis a partir do vencimento
Cobrar Juros de R$ 0,36 por dia de atraso
Multa de R$ 3,57 após o vencimento.

(-) Desconto
(-) Outras Deducoes / Abatimento
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acrescimos
(=) Valor Cobrado

ıgador ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
RUA ÂNGELO FRARE 372 - CONJUNTO HABITACIONAL ALBERTO, AMPARO / SP - 13905675

CPF / CNPJ: 45.349.461/0019-31

Código de Baixa

eneficiário
nal:

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
================================================
BANCO INTER
------------------------------------------------
07790001161207558629200762635928398850000350000
BENEFICIARIO:
SAX GUINDASTES E TRANSPORTES L
NOME FANTASIA:
SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA
CNPJ: 22.998.703/0001-93
BENEFICIARIO FINAL:
SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA
CNPJ: 22.998.703/0001-93
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE
CNPJ: 45.349.461/0001-02
------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.903
DATA DE VENCIMENTO                     30/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       3.500,00
VALOR COBRADO                            3.500,00
================================================
NR.AUTENTICACAO            0.B6A.915.E03.393.A55
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA - ME

CNPJ	**22.998.703/0001-93**
INSC. EST.	144.873.970.118
INSC. MUNIC.	5.305.767-8
DATA EMISSÃO:	**02/10/2024**

RUA OSAKA Nº 1372, 1372
JARDIM JAPÃO SAO PAULO / SP
CEP: 02124-040 Tel: (11)2738-6825

LOCAÇÃO - TRANSPORTE - REMOÇÕES

Natureza da operação: **0 - Transporte**

NOTA DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Nº 2501

Destinatário / Remetente

EMPRESA: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL**
ENDEREÇO: **RUA DR. ORLANDO T. SANTOS, 50** **BAIRRO: WILLIAMS**
MUNICÍPIO: **GARÇA** **CEP: 17402-064**
ESTADO: **SP**
CNPJ / CPF: **45.349.461/0001-02** **INSC. EST.: ISENTO**
E-MAIL:

OPERAÇÃO NÃO TRIBUTADA PELO ISS

OBS 1: OPERAÇÃO ISENTA DE ISS DE ACORDO COM A LEI COMPLEMENTAR Nº 116 DE 31/07/03 DOU DE 01/08/2003

OBS 2: ISENTO DE EMISSÃO DE NOTA FISCAL DE ACORDO COM O DECRETO MUNICIPAL Nº 50.896/2009

ÍTEM	UNID.	DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO	VALORES UNITÁRIO	VALORES TOTAL
1	Serv.	LOCAÇÃO DE CAMINHÃO MUNCK PARA ENTREGA DE GERADOR CONFORME ORDEM DE SERVIÇO N° 5889 NO DIA 26/08/2024 LOCAL DE ENTREGA: P.A SÃO DIMAS - AV. CARLOS BARONI,377- CONJ. HAB. VER. HERMINIO GERBI - AMPARO - SP	R$ 3500,00 CONVÊNIO 021/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS	R$ 3500,00

VALOR TOTAL R$ 3500,00

Valor por extenso	**TRES MIL E QUINHENTOS REAIS**
Forma de pagamento	**BOLETO BANCARIO**
Vencimentos	**30/10/2024**
Ordens de serviço	
Local	
Equipamento utilizado	**CAMINHÃO MUNCK PLACA KGF-3465**
Obra	
Observações	**PROVENIENTE DA EMPRESA SOLUGERA - OSASCO - SP**

Isento de autorização de impressão fiscal

Confirmo(amos) à SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA - ME a prestação dos serviços constantes nesta nota de cobrança.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura: _____ **RG:** _____

Nota de Locação

Nº 2501

SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA
CPF/CNPJ: 22.998.703/0001-93

RUA OSAKA 1372 , 02124-041 SAO PAULO - SP

Pague sua cobrança via Pix, o recebimento é instantâneo.

Leia o QR Code no seu celular.

inter

Beneficiário	22.998.703/0001-93 - SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA
Endereço do Beneficiário	RUA OSAKA 1372 , 02124-041 SAO PAULO - SP

Pagador	Vencimento	Valor do Documento
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL	30/10/2024	3.500,00

Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número / Cód. do Documento	Autenticação Mecânica
00019/256397899	00019/112/9007626359-2	

inter **077-9** **07790.00116 12075.586292 00762.635928 3 98850000350000**

Local De Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO	30/10/2024
Beneficiário	Agência / Código do Beneficiário
22.998.703/0001-93 - SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA	00019/256397899

Data do Documento	N° do Documento	Espécie Documento	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
02/10/2024	2501/24	DM	NÃO	02/10/2024	00019/112/9007626359-2

Uso do banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	Valor do Documento
	112	BRL			3.500,00

Informações de responsabilidade do beneficiário

LOCAÇÃO DE CAMINHÃO MUNCK
Data Limite para pagamento: 29/11/2024

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS 50 WILLIAMS, 17402-064 GARÇA/SP	CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02
Beneficiário Final	SAX GUINDASTES E TRANSPORTES LTDA	CNPJ/CPF: 22.998.703/0001-93

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BCO BRADESCO S.A.
--------------------------------------------------
23793376092000013658819000241703998860000116466
BENEFICIARIO:
CM HOSPITALAR SA
NOME FANTASIA:
CM HOSPITALAR SA
CNPJ: 12.420.164/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
CM HOSPITALAR SA
CNPJ: 12.420.164/0001-57
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.904
DATA DE VENCIMENTO                     31/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       1.164,66
VALOR COBRADO                            1.164,66
==================================================
NR.AUTENTICACAO            D.2AB.192.CE0.290.63C
==================================================
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
CM HOSPITALAR S.A
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727
DISTRITO EMPRESARIAL CEP:14072-055
RIBEIRAO PRETO/SP
Fone: 551621019400

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 001588149
SÉRIE 1
FOLHA 01/02

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3524 1012 4201 6400 0157 5500 1001 5881 4911 8943 6128

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 135242226544278 04/10/2024 17:10:30-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 582557602113 — INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ: 12.420.164/0001-57

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL (024840-0001)		CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02	DT. EMISS. 04/10/2024
ENDEREÇO: SETE DE SETEMBO,529	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 16210-000	DATA ENTRADA/SAÍDA:
MUNICIPIO: BILAC	FONE/FAX: 01999369086 — UF:SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA ENTRADA/SAÍDA:

LOCAL ENTREGA

NOME: STA CASA ANNA CINTRA	CNPJ/CPF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
ENDEREÇO: R ANA CINTRA,332 -	BAIRRO/DISTRITO: CENTRO	CEP: 13901-901
MUNICIPIO: AMPARO — UF: SP	FONE/FAX: 01938088720	OBS/ENTREGA: ENTREGAR NA R ANNA CINTRA,332, JARDIM PRIMAVERA AMPARO/SP

FATURA

001 31/10/2024 1.164,66								

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.164,66	139,76	0,00	0,00	1.164,66

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.164,66

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
BSB-DF TRANSPORTES DE CARGAS LTDA	0-EMITENTE				08.944.556/0001-48

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ADE , 27 , LOTE 28/29	BRASILIA	DF	

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXAS			60,0000	60,0000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO*

COD. PROD	DESCR PROD	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%ICMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
149969	FISIOLOGICO 0,9% 100ML CX C/60 FR - FARMARIN INDUSTRIA E COMERCIO LTDA	30049099	000	5102	CX	6,0000	194,110000	1.164,66	1.164,66	0,00	139,76	0,00	12.00%	0.00%	6	G003324B	30/01/2026	30/01/2024

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
20000696			

ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
MD-5:94DBB831B0F3C67A412EAC4010EC561F
ID 364547304 / TERMO DO CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SO DIMAS PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP / ENTREGAR NA R ANNA CINTRA,332, JARDIM PRIMAVERA AMPARO/SP.HOSPITAL SANTA CASA ANNA CINTRA
ARTIGO 54, DO RICMS-SP - Produto(s): 149969
RED BC ICMS CONF ART 62 ANEXO II RICMS/SP DECRETO 58.985 DE SP_SOLUCAO PARENTERAL - Produto(s): 149969
Nosso Pedido: AAIVIG

Pedido: AAIVIG
Rep.: 012082

Nº da OS	Volumes
600003656676 (G)	6
Total	6

RESERVADO AO FISCO

Bradesco | 237-2 | Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento	
CM HOSPITALAR S.A. CNPJ: 12.420.164/0001-57	3376-6/00002417-1	001588149	( ) Mudou-se
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	( ) Ausente
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	31/10/2024	1.164,66	( ) Não existe nº indicado
			( ) Recusado
			( ) Não procurado
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	( ) Endereço insuficiente
			( ) Desconhecido
	Data	Entregador	( ) Falecido
			( ) Outros (anotar no verso)

Bradesco | 237-2 | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 31/10/2024

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002417-1

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
04/10/2024	001588149		DM	N	04/10/2024	02/00001365819-3
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	02	R$				1.164,66

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 2,33 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R SETE DE SETEMBRO,529 - CENTRO
BILAC - SP - 16210000

Código Interno: 024840-0001
CNPJ: 45.349.461/0001-02

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | 23793.37609 20000.136588 19000.241703 9 98860000116466

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 31/10/2024

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002417-1

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
04/10/2024	001588149		DM	N	04/10/2024	02/00001365819-3
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	02	R$				1.164,66

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 2,33 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R SETE DE SETEMBRO,529 - CENTRO
BILAC - SP - 16210000

Código Interno: 024840-0001
CNPJ: 45.349.461/0001-02

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

Bradesco | 237-2 | Comprovante de Entrega

Beneficiário	Agência/Cód. Beneficiário	Nro.Documento	
CM HOSPITALAR S.A. CNPJ: 12.420.164/0001-57	3376-6/00002417-1	001588149	( ) Mudou-se
Pagador	Vencimento	Valor do Documento	( ) Ausente
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	31/10/2024	1.164,66	( ) Não existe nº indicado
			( ) Recusado
			( ) Não procurado
Recebi(emos) o bloqueto/título com as características acima.	Data	Assinatura	( ) Endereço insuficiente
			( ) Desconhecido
	Data	Entregador	( ) Falecido
			( ) Outros (anotar no verso)

Bradesco | 237-2 | Recibo do Pagador

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 31/10/2024

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002417-1

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
04/10/2024	001588149		DM	N	04/10/2024	02/00001365819-3
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	02	R$				1.164,66

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 2,33 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R SETE DE SETEMBRO,529 - CENTRO
BILAC - SP - 16210000

Código Interno: 024840-0001
CNPJ: 45.349.461/0001-02

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

Bradesco | 237-2 | 23793.37609 20000.136588 19000.241703 9 98860000116466

Local de Pagamento
Pagável em qualquer Banco até o Vencimento.

Vencimento: 31/10/2024

Beneficiário/CNPJ/Endereço
CM HOSPITALAR S.A. - CNPJ: 12.420.164/0001-57
AV. LUIZ MAGGIONI, 2727 - RIBEIRAO PRETO - SP 14072-055

Agência/Código do Beneficiário: 3376-6/00002417-1

Data do Documento	Nro.Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
04/10/2024	001588149		DM	N	04/10/2024	02/00001365819-3
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade		Valor	Valor do Documento
	02	R$				1.164,66

Instruções (Todas as informações deste boleto são de exclusiva responsabilidade do beneficiário)

APOS O VENCIMENTO, COBRAR MULTA 2,00%
COBRAR JUROS DE R$ 2,33 POR DIA DE ATRASO
PROTESTAR AUTOMATICO APOS 5 DIAS.
NAO AUTORIZADO PAGAMENTO EM CONTA CORRENTE
BANCARIA, NAO SAO IDENTIFICADOS, PORTANTO NAO QUITAM
O(OS) DEBITO(S).

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
R SETE DE SETEMBRO,529 - CENTRO
BILAC - SP - 16210000

Código Interno: 024840-0001
CNPJ: 45.349.461/0001-02

MAFRA

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica **Ficha de Compensação**

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
ITAU UNIBANCO S.A.
--------------------------------------------------
34191090080072479001945569060002798860000010200
BENEFICIARIO:
F A M SOUZA INFORMATICA EPP
NOME FANTASIA:
F A M SOUZA INFORMATICA EPP
CNPJ: 09.543.045/0001-87
BENEFICIARIO FINAL:
F A M SOUZA INFORMATICA EPP
CNPJ: 09.543.045/0001-87
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BEN DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.905
DATA DE VENCIMENTO                     31/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                         102,00
VALOR COBRADO                              102,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            2.E1D.19C.737.800.4DB
==================================================
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 F. A. MOROSI DE SOUZA INFORMATICA LTDA os produtos constantes da nota fiscal indicada ao lado		Nf-e: 000012119
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	Série: 1

F. A. MOROSI DE SOUZA INFORMATICA LTDA
AV BERNARDINO DE CAMPOS, 897
CENTRO CEP:13900-400
AMPARO/SP
Fone: (19) 3808-6440

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

SAÍDA

N. 000012119
Série 1 Folha 01/01

Chave de acesso da NF-e
35.2410.09.543.045/0001-87-55-001-000.012.119-100.223.433-2

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

Nat.da operação
VENDA MERC. RECEB.TERC. C/ S.TRIBUT. CONT. SUBSTITUIDO

Inscricao estadual	Insc.Estadual do Subst.Trib.	CNPJ	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
168143030111		09.543.045/0001-87	135242343651015 17/10/2024 13:13:49-03:00

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Nome/Razão social	CNPJ/CPF	Data de emissão
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0019-31	17/10/2024

Endereço	Bairro/Distrito	CEP	Data entrada/saida
R ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA	13901-310	

Municipio	Fone/Fax	UF	Inscriçao estadual	Hora entrada/saída
AMPARO		SP		

FATURA

Titulo/Parcela	Vencto	Valor
000012119/001	31/10/2024	102,00

CALCULO DO IMPOSTO

Base de calculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de calculo do ICMS substituição	Valor do ICMS substituição	Valor total dos produtos / serviços
				102,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor Total da Nota
					102,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta	Codigo ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				

Endereço	Municipio	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Liquido

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

Cod.Prod.	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UN	Quantidade	V.Unitário	V.Total	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICM	A.IPI
EST-00011	FILTRO DE LINHA 5 TOMADAS	85363090	460	5405	PC	3,00000	34,00000	102,00	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

Informações complementares	Reservado ao fisco
MERC. SUJEITA AO REGIME DE SUBST. TRIBUTARIA CONFORME DECRETO 54338 ART 313-Z20 DORICMS/00-SPTermo de convenio 021/2024 Pronto Atendimento Sao Dimas - Prefeitura Municipal de Amparo/SP	

Autenticação Mecânica

Recibo do Pagador

Banco Itaú S.A.	Vencimento	Valor do documento
	31/10/2024	102,00

Pagador	Beneficiário
ASSOC HOSPITALAR BEN DO BRASIL	F A M SOUZA INFORMATICA EPP

Endereço Beneficiário / Sacador Avalista
AV BERNARDINO DE CAMPOS - CENTRO - AMPARO - SP CEP.13900-400

Agência / Código Beneficiário	Nosso Número	Nº Documento	CNPJ
0014/55690-6	109/00007247-9	0000012119	09.543.045/0001-87

Banco Itaú S.A. | **341-7** | 34191.09008 00724.790019 45569.060002 7 98860000010200

Local de Pagamento	Vencimento
ATÉ O VENCIMENTO, PREFERENCIALMENTE NO ITAÚ APÓS O VENCIMENTO, SOMENTE NO ITAÚ	31/10/2024
Beneficiário: F A M SOUZA INFORMATICA EPP	Agência / Código Beneficiário: 0014/55690-6

Data do documento	No. Do documento	Espécie doc.	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número
17/10/2024	0000012119	DM	N	17/10/2024	109/00007247-9

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			102,00

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

APOS VENCIMENTO COBRAR R$ 0,20 POR DIA DE ATRASO
APOS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R$ 2,04

(-) Descontos/Abatimento

(+) Mora/Multa

(=) Valor Cobrado

Pagador: **ASSOC HOSPITALAR BEN DO BRASIL** **CNPJ - 45.349.461/0019-31**

Endereço: **RUA ANA CINTRA, 332 - 13901-310 - JD PRIMAVERA - AMPARO - SP**

Sacador/Avalista:

Banco Itaú S.A. - CNPJ 60.701.190

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090171153600101401257173898860000082290
BENEFICIARIO:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0004-91
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.906
NOSSO NUMERO                   17115360001401257
CONVENIO                                01711536
DATA DE VENCIMENTO                    31/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                     29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                        822,90
VALOR COBRADO                             822,90
==================================================
NR.AUTENTICACAO            4.D4D.55F.ADE.D1D.47A
==================================================
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

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 GALPAO 22 e 27 - JARDIM PRIMAVERA - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225809

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA | 1

Nº. 1923802 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3524 1067 7291 7800 0491 5500 1001 9238 0216 3862 7105

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135242218461884 03/10/2024 22:12:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	03/10/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DR ORLANDO T SANTOS 50	WILLIAMS		17402-064	03/10/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
GARCA	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1923802/1	31/10/2024	822,90						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
744,99	134,09	0,00	0,00	822,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	822,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
RIOCLARENSE PROPRIO JAG	0 - Por conta do emitente				67.729.178/0004-91

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22	JAGUARIUNA	SP	395060142110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,00536	2,680	2,680

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
019272	PENICILINA G BENZATINA 1200.000UI S/DIL (TEUTO) L: 25 05808 Q: 100,0000 F: 10/04/24 V: 12/04/2026, nFCI: 458F07BE-95B3-484F-A2B0-C0540607F65B	30041013	500	5102	FA	100,00	6,9541	695,41	695,41	125,17	0,00	18,00	0,00
004429	TRAMADOL 100MG/2ML,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 50 011863 Q: 100,0000 F: 13/03/24 V: 13/03/2027 *** Portaria 344/98 A 2	30049039	020	5102	AP	100,00	1,2749	127,49	49,58	8,92	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 45349461000102-RUA ANA CINTRA 332 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: AMPARO CEP: 13901310 UF: SP Pais: BRASIL. UNID.NEGOC.: 002 PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 364547304 TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATEDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP | Reducao na base de calculo conforme Artigo 3o, inciso XXIV, do Anexo II do RICMS/SP (Conv.ICMS-128/94) | DATA ENTREGA: 04/10/2024 Pedido: 2965683 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 2965683 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 06/05/2025 TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Razao Social: SANTA CASA ANNA CINTRA Endereco: RUA ANA CINTRA 332 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: AMPARO CEP: 13901310 UF: SP Pais: BRASIL(Codigo Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)

RESERVADO AO FISCO

| 001-9 | **RECIBO DO SACADO**

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
31/10/2024	5119-5 / 306406-9	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO 822,90	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	

(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO
	17115360001401257	1923802/01

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

| 001-9 | **RECIBO DE ENTREGA**

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
31/10/2024	5119-5 / 306406-9	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO 822,90	NOSSO NÚMERO 17115360001401257		

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ASSINATURA DO RECEBEDOR	DATA DE ENTREGA

CORTE NA LINHA PONTILHADA

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01401.257173 8 98860000082290

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 31/10/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-5 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
03/10/2024	1923802/01	DM	N	03/10/2024	17115360001401257

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			822,90

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 01/11/2024
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R$ 16,45)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ 45.349.461/0001-02
R DR ORLANDO T SANTOS, 50
GARCA - SP - CEP: 17402-064

CÓDIGO DE BAIXA — 1ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – FICHA DE COMPENSAÇÃO

| 001-9 | 00190.00009 01711.536001 01401.257173 8 98860000082290

LOCAL DE PAGAMENTO
QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 31/10/2024

CEDENTE
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - CNPJ CNPJ 67.729.178/0004-91

AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE: 5119-5 / 306406-9

DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO DOCUMENTO	ESPÉCIE DO DOCUMENTO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
03/10/2024	1923802/01	DM	N	03/10/2024	17115360001401257

USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
	17-019	R$			822,90

INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO CEDENTE)

MULTA DE 2.0% A PARTIR DE 01/11/2024
JUROS DE MORA DE 2.0% MENSAL (R$ 16,45)

*** PAGAMENTO POR DEPÓSITO BANCÁRIO NÃO QUITA ESTE BOLETO

(-) DESCONTO / ABATIMENTO
(-) OUTRAS DEDUÇÕES
(+) JUROS / MULTA
(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
(=) VALOR COBRADO

SACADO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - CNPJ 45.349.461/0001-02
R DR ORLANDO T SANTOS, 50
GARCA - SP - CEP: 17402-064

CÓDIGO DE BAIXA — 2ª VIA

SACADOR / AVALISTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA – FICHA DE COMPENSAÇÃO

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090329052200600004299178998860000102500
BENEFICIARIO:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES
NOME FANTASIA:
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQU
CNPJ: 37.834.012/0001-21
PAGADOR:
Associacao Hospitalar Beneficente d
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             102.907
NOSSO NUMERO                   32905220000004299
CONVENIO                                 03290522
DATA DE VENCIMENTO                     31/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      29/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       1.025,00
VALOR COBRADO                            1.025,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            C.85D.794.428.E84.D14
==================================================
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.
```

ESSENCIALOX COM DE GASES E EQUIP LTDA

AVENIDA MARGINAL RIO JUNDIAI, 2665 - GALPAO 02
CONDOMINIO RIVERSIDE - CHACARAS SANTA MARTHA
VARZEA PAULISTA / SP CEP 13.222-760
FONE (11) 99237-2775 Email administrativo@essencialox.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº 000.013.774
SÉRIE 001
FOLHA 1/1

3524 1037 8340 1200 0121 5500 1000 0137 7410 0016 0270

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

NATUREZA DO OPERAÇÃO	DADOS DA NF-e
VENDA	Protocolo: 135242210899698 Data: 03/10/2024 08:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
712168965111		37.834.012/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AHBB	45.349.461/0001-02	03/10/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS, 50	WILLIAMS	17.402-064	03/10/2024

MUNICÍPIO	FONE	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
GARCA	(16) 3374-8438	SP		08:43:18

FATURA / DUPLICATA

001 - 1.025,00 - 31/10/2024

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
				1.025,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
					1.025,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
OXILUZ COMERCIAL LTDA EPP	0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO **2**	054262577	FKZ2H20	SP	04.229.338/0001-70

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV MARGINAL DO RIO JUNDIAI, 2665 GALPAO 14	VARZEA PAULISTA	SP	712104470111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CILINDROS	DIVERSOS	0	0	0

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	B.C. ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001	ONU 1072 - OXIGENIO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III	28044000	0102	5102	M3	10,00	18,50	185,00					
0025	ONU 1002 - AR COMPRIMIDO MEDICINAL - CR2.2 NR25 III-LOTE BRCEAA58SB-NS 10M - 01/10/2024;	28539090	0102	5102	M3	40,00	21,00	840,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
AMPARO /SP - CONVENIO PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS - PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - LOTE 4E9X; LEI 12.741/2012 TRIB APROX. R$ 137,86 (13,45%) FEDERAL E R$ 184,50 (18,00%) ESTADUAL FONTE IBPT 21.1.I;DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS, E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE E QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO. FICA DISPENSADA A RETENCAO DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE SOBRE AS IMPORTANCIAS PAGAS OU CREDITADAS A PESSOA JURIDICA INSCRITA NO REGIME ESPECIAL UNIFICADO DE ARRECADACAO	CONVÊNIO 021/2024 PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO - SÃO DIMAS

O pagamento deste boleto também poderá ser efetuado nos terminais de

Instruções:

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

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 03290.522006 00004.299178 9 98860000102500**

Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso Número
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME	**R$**		**32905220000004299-3**

Endereço
AV MARGINAL RIO JUNDIAI 2665 GALPAO 2 CHACARA SANTA MA VARZEA PAULISTA SP - 13221800

Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento
004277	**20071397**	**37.834.012/0001-21**	**31/10/2024**	**1.025,00**

(-)	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
				1.025,00

Pagador
Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02

Instruções — Autenticação mecânica

JRS: Vl p/Dia Atraso R$ 2,67 desde: 01.11.2024
NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO.
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

Corte na linha pontilhada

BANCO DO BRASIL | 001-9 | **00190.00009 03290.522006 00004.299178 9 98860000102500**

Local de Pagamento	Vencimento
Pagável em qualquer banco até o vencimento	**31/10/2024**
Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
ESSENCIALOX COMERCIO DE GASES E EQUIPAME	**9895-7 / 473-1**

Data do	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
03/10/2024	**004277**	**DM**	**N**	**14/10/2024**	**32905220000004299-3**

Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	Valor Documento
17	**R$**			**1.025,00**

Instruções
JRS: Vl p/Dia Atraso R$ 2,67 desde: 01.11.2024
NAO RECEBER APOS 5 DIA(S) DO VENCIMENTO.
///// ATENCAO ///// --> SEGUNDA-VIA
PROCEDA OS AJUSTES DE VALORES PERTINENTES.

(-) Desconto/Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(-) Mora/Multa	
(-) Outros Acrescimos	
(=) Valor Cobrado	**1.025,00**

Pagador
Associacao Hospitalar Beneficente do - 45.349.461/0001-02
Rua Doutor Orlando Thiago Santos, 50
Garca - SP - 17402-064

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 10.58.21
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0029-9 - AMPARO
CONTA:  13.000.848-1

FAVORECIDO:  COMERCIAL AMPARENSE DE MATERIAL ELE
CPF/CNPJ: 50.093.491/0001-30
VALOR: R$                                 439,37
DEBITO EM: 30/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 103001
AUTENTICACAO SISBB:        6.37A.527.FAD.F46.214
```

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

COMERCIAL AMPARENSE DE MATERIAL ELETRICO LTDA

PEIXOTO GOMIDE, 217 - CENTRO
13900-210 AMPARO - SP
(19) 3807-2319

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA
1

135.542
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3524 1050 0934 9100 0130 5500 1000 1355 4213 7635 6008

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		**135242325215899 15/10/2024 17:01:07**
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ/CPF
168.011.773.116		50.093.491/0001-30

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			**45.349.461/0019-31**	15/10/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
RUA ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA		13901-310	**15/10/2024**
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
AMPARO	SP	(16) 3374-8438		**17:30:00**

FATURA / DUPLICATA

PARCELAS			
001 25/10/2024 439,37			

CÁLCULO DO IMPOSTO

B. CÁLC ICMS	VLR ICMS	B. CÁLC ICMS ST	VLR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
197,07	35,47	0,00	0,00	439,37

VLR FRETE	VLR SEGURO	VLR DESCONTO	OUTRAS DESP	VLR IPI	VLR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**439,37**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
	0-Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
30					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
18179	MG SLEEK 4X2 SUPORTE Cód. Barras: 7890428142870	39259090	000	5102	PC	1	3,15	3,15	3,15	0,57	18,00	0,00
18189	MG SLEEK 4X2 ESPELHO 1 POSTO BR Cód. Barras: 7890428160386	39259090	000	5102	PC	1	2,94	2,94	2,94	0,53	18,00	0,00
18206	MG SLEEK MODULO INT.SIMPLES BR Cód. Barras: 7890428160621	85365090	560	5405	PC	1	8,30	8,30	0,00	0,00		0,00
22904	TEKBOND COLA PU40 FIX CINZA 387 G Cód. Barras: 7898472261936	35061090	200	5102	PC	2	23,09	46,18	46,18	8,31	18,00	0,00
26011	DRYKO FITA MULTIUSO 15 CM X 1 MT Cód. Barras: 7898959829437	68071000	000	5102	MT	20	7,24	144,80	144,80	26,06	18,00	0,00
80096	PLAFON SOB.QUAD.LED 24 W 6500 K (ED) Cód. Barras: 7000831159598	94054900	060	5405	PC	5	46,80	234,00	0,00	0,00		0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NR. PEDIDO: 21713501 TERMO DE CONVENIO No014/2024 FIRMADO ENTRE O MUNICIPIO DE AMPARO E A AHBB ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

RECEBEMOS DE COMERCIAL AMPARENSE DE MATERIAL ELETRICO LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 135.542. EMISSÃO: 15/10/2024 VALOR TOTAL: 439,37 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - RUA ANA CINTRA, 332, JARDIM PRIMAVERA, 13901-310-AMPARO-SP

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e**
		135.542
		SÉRIE 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

COMERCIAL AMPARENSE DE MATERIAL ELETRICO LTDA

PEIXOTO GOMIDE, 217 - CENTRO
13900-210 AMPARO - SP
(19) 3807-2319

CC-e

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA DE NF-e

CHAVE DE ACESSO DA NF-e

3524 1050 0934 9100 0130 5500 1000 1355 4213 7635 6008

INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ / CPF	MODELO	SÉRIE	NÚMERO DA NF-e	EMISSÃO	FOLHA
168.011.773.116	**50.093.491/0001-30**	**55**	**1**	**135.542**	**15/10/2024**	**1/1**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			**45.349.461/0019-31**
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP
RUA ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA		13901-310
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AMPARO	SP	(16) 3374-8438	

CONDIÇÃO DE USO

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

EVENTOS / CORREÇÕES

SEQ	STATUS/MOTIVO	DATA DO REGISTRO	NÚMERO DO PROTOCOLO
1	**135 Evento registrado e vinculado a NF-e**	**16/10/2024 15:19:25**	**135242334747238**

CORREÇÃO: "TERMO CORRETO: TERMO DE CONVENIO 021/2024 PRONTO ATENDIMENTO SAO DIMAS PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP"

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

COMERCIAL AMPARENSE DE MATERIAL ELETRICO LTDA

PEIXOTO GOMIDE, 217 - CENTRO
13900-210 AMPARO - SP
(19) 3807-2319

CC-e

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA DE NF-e

CHAVE DE ACESSO DA NF-e

3524 1050 0934 9100 0130 5500 1000 1355 4213 7635 6008

INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ / CPF	MODELO	SÉRIE	NÚMERO DA NF-e	EMISSÃO	FOLHA
168.011.773.116	**50.093.491/0001-30**	**55**	**1**	**135.542**	**15/10/2024**	**1/1**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			**45.349.461/0019-31**
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP
RUA ANA CINTRA, 332	JARDIM PRIMAVERA		13901-310
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AMPARO	SP	(16) 3374-8438	

CONDIÇÃO DE USO

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

EVENTOS / CORREÇÕES

SEQ	STATUS/MOTIVO	DATA DO REGISTRO	NÚMERO DO PROTOCOLO
2	**135 Evento registrado e vinculado a NF-e**	**30/10/2024 12:47:11**	**135242455170208**

CORREÇÃO: "ENDERECO CORRETO RUA CARLOS BARONE, 535 JARDIM SAO DIMAS"

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2024 -     AUTOATENDIMENTO      - 10.58.21
3062703062         SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA:        37.383-4
===============================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B BRASIL
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 809.655.693-9

FAVORECIDO:  VICTOR PELOGIA SOCIEDADE INDIVIDUAL
CPF/CNPJ: 50.859.505/0001-84
VALOR: R$                               2.500,00
DEBITO EM: 30/10/2024
===============================================
DOCUMENTO: 103002
AUTENTICACAO SISBB:        A.493.802.A81.299.21C
```

Prefeitura de Ribeirão Preto

NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

RPS: 34 - Data: 25/10/2024

Número
32

Data de emissão
25/10/2024 15:05

Código de verificação
031CEA27B

Prestador de Serviços

Razão Social: Victor Pelogia Sociedade Individual de Advocacia
CNPJ: 50.859.505/0001-84
Inscrição Municipal: 20161851
Avenida Norma Valério Corrêa, 715 - APT 83 - BLOCO B - Jardim Botânico
Ribeirão Preto - SP - 14021-593
victormpelogia@gmail.com - (16) 9728-8708

Tomador dos Serviços

Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0019-31
Rua Ana Cintra, 332 - Jardim Primavera
Amparo - SP - 13901-310

Serviços

Código CNAE	Item LC 116/2003	Atividade do Município
6911701	17.14	171400 - Advocacia.

Descrição do Serviço

Percentual aproximado dos tributos (IBPT) 12,45%
serviços de assessoria jurídica no mês de setembro de 2024
Termo de Convenio 021/2024 Órgão: Prefeitura Municipal de Amparo

Município de Incidência	Município de Prestação do Serviço	Natureza da Operação
Ribeirão Preto - SP	Ribeirão Preto - SP	Exigível
Desconto Condicionado	**Desconto Incondicionado**	**Deduções Base de Cálculo**
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

PIS	COFINS	INSS	IRRF
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

CSLL	ISS Retido	Outras Retenções
R$ 0,00	Não	R$ 0,00
Valor Total dos Serviços	**Total ISSQN (%)**	**Valor Líquido da NFS-e**
R$ 2.500,00	**R$ 50,00 (2,00%)**	**R$ 2.500,00**

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e \s\n II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI."

NOTA RP

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO DO BRASIL
--------------------------------------------------
00190000090345212600000000929174298850000470000
BENEFICIARIO:
VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SO
NOME FANTASIA:
VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SOLUCOE
CNPJ: 43.771.225/0001-54
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE
CNPJ: 45.349.461/0001-02
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             103.003
NOSSO NUMERO                   34521260000000929
CONVENIO                                03452126
DATA DE VENCIMENTO                    30/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                     30/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                      4.700,00
VALOR COBRADO                           4.700,00
==================================================
NR.AUTENTICACAO            C.666.6D4.809.E13.FB8
==================================================
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. 741 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 01/10/2024**

Cliente: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL
Endereço: RUA DR. ORLANDO T. SANTOS, 50 – WILLIAMS, GARÇA-SP – CEP 17402-064
CNPJ: 45.349.461/0001-02 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° 741 Serviço: LOCAÇÃO MENSAL Termo de Convênio Pronto Atendimento São Dimas 021/2024 - Prefeitura Municipal de Amparo.SP VENCIMENTO 30/10/2024 VALOR R$ 4.700,00 Dispensado da emissão de Nota Fiscal conforme Lei Complementar nº 116 de 31/07/2003.	R$ 4.700,00	R$ 4.700,00
Dados Bancários: BANCO DO BRASIL / AGENCIA: 2949-1 / CONTA: 37414-8 **PIX CNPJ:** 43.771.225/0001-54		**Total:** **Vencimento:**	R$ 4.700,00 30/10/2024

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$		34521260000000929-2

Endereço
ESTRADA ONDA VERDE 33 PARQUE SANTA TER CARAPICUIBA SP - 6341170

Nr. do documento	Contrato	CPF/CNPJ Beneficiário	Vencimento	Valor Documento
589-02	20231535	43.771.225/0001-54	30/10/2024	4.700,00

(-) Desconto/Abatimento	(-) Outras Deduções	(-) Mora/Multa	(-) Outros Acrescimos	(=) Valor Cobrado
				4.700,00

Pagador
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - 45.349.461/0001-02

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 00000.929174 2 98850000470000**

Pagável em qualquer banco até o vencimento — 30/10/2024

Beneficiário	Agência/Código Beneficiário
VAGNER SOUSA BRITO SOLUGERA SOLUCOES EM	2949-1 / 37414-8

Data do Documento	Nr. do documento	Espécie doc.	Aceite	Data process.	Nosso número
30/08/2024	589-02	DS	N	30/08/2024	34521260000000929-2

Carteira	Espécie	Quantidade	x Valor	Valor Documento
17	R$			4.700,00

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	4.700,00

Pagador
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL - 45.349.461/0001-02
RUA RUA DOUTOR ORLANDO THIAGO SANTOS
GARCA - SP - 17402-064

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada

Imprimir | Gerar PDF | Fechar | Pagar - gerenciador financeiro | Pagar - sua conta

```
04/11/2024    -  BANCO  DO  BRASIL  -   10:58:21
306203062                                    0001

     COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:         37.383-4
==================================================
BANCO SICOOB S.A.
--------------------------------------------------
75691318370102188980100047140017998860000168930
BENEFICIARIO:
DESTRA  APOIO E PREVENCAO EM S
NOME FANTASIA:
DESTRA  APOIO E PREVENCAO EM SEGURA
CNPJ: 11.814.918/0001-90
BENEFICIARIO FINAL:
DESTRA  APOIO E PREVENCAO EM SEGURA
CNPJ: 11.814.918/0001-90
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0019-31
--------------------------------------------------
NR. DOCUMENTO                             103.004
DATA DE VENCIMENTO                     31/10/2024
DATA DO PAGAMENTO                      30/10/2024
VALOR DO DOCUMENTO                       1.689,30
VALOR COBRADO                            1.689,30
==================================================
NR.AUTENTICACAO            C.94F.02F.248.D01.E50
==================================================
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.
```

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
4521

Data de Emissão
16/10/2024

Data e Hora da Competência
16/10/2024 às 17:04:17

Código de Verificação
0874-4030-0235

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

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

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0019-31	**RG/IE**	
Inscrição Mun.		**Cód. Mobiliário**	0
Nome	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail		**Telefone**	
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA ANA CINTRA	**Número**	332
Bairro	JARDIM PRIMAVERA	**CEP**	13901-310
Município	AMPARO	**UF**	SP
Complemento		**País**	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.800,0000	1,00	0,00	1.800,00

Valor Total dos Serviços - R$1.800,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref. Convênio nº 021/2024 - mes: 09/2024.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
11,70	54,00		27,00	18,00		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.800,00

Item da Lista
04.01-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	1.800,00	0,00	110,70	54,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 1.689,30

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

Recebi(emos) do Prestador: DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME CNPJ: 11.814.918/0001-90

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **4521** emitida em **16/10/2024** às **17:04:17 -** Cód Verif **0874-4030-0235**
Condições de Pagamento: Vencimento: 16/10/2024 Valor Total R$ **1.800,00** Valor Líquido R$ **1.689,30**
Ass: _____ em _____/_____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Beneficiário		Vencimento	Valor do Documento
DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH	**11.814.918/0001-90**	**31/10/2024**	**1.689,30**
ALTINO VAZ DE MELLO 221		(+) Outros acréscimos	(+) Mora / Multa
CENTRO		(-) Desconto / Abatimento	(-) Outras deduções
Penápolis - SP	**16300-035**		
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)		Data de Emissão	(=) Valor cobrado
Não cobrar encargos por atraso		**29/10/2024**	
Não conceder desconto.		Coop Contr/Cód. Beneficiário	
		3183/218898	
		Nosso Número	
		471-4	

Dados do Pagador

Nome do pagador		Número do Documento
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		**4521**
Endereço		
RUA ANA CINTRA, 332		
Bairro / Distrito		
JARDIM PRIMAVERA		
Munícipio	UF	CEP
AMPARO	**SP**	**13901-310**
Mensagem Pagador		

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

Autenticação mecânica - **Recibo do pagador**

756

75691.31837 01021.889801 00047.140017 9 98860000168930

Local de pagamento					Vencimento
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO SICOOB					**31/10/2024**
Beneficiário					Cooperativa contratante/Cód. Beneficiário
DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGURANCA DO TRABALH				**11.814.918/0001-90**	**3183/218898**
Data do documento	N. documento	Espécie	Aceite	Data processamento	Nosso número
29/10/2024	**4521**	**NF**	**N**	**29/10/2024**	**471-4**
Uso do Banco	Carteira / Espécie	Quantidade		Valor	Valor documento
	1 / **R$**	**0,00**			**1.689,30**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário)					(-) Desconto / Abatimento
Não cobrar encargos por atraso					
Não conceder desconto.					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
EMITIDO PELA COOPERATIVA CONTRATANTE SEM RESPONSABILIDADE DO BANCOOB COOPERATIVA CONTRATANTE 3183 SICOOB NOSSO					
Pagador					(+) Outros acréscimos
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				**45.349.461/0019-31**	
RUA ANA CINTRA, 332					
JARDIM PRIMAVERA					(=) Valor cobrado
AMPARO - SP				**13901-310**	
Beneficiário Final					

Autenticação mecânica - **Ficha de compensação**